FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PÉRADON
Né à Paris, le 5 novembre 1886

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Opération Césarienne Moderne

Indications. Technique opératoire. Résultats
Suites opératoires
Statistique de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut
1908-1913 (JUILLET)

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

LE DOCTEUR C. PÉRADON

Chevalier de la Légion d'honneur

A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

AU DOCTEUR H. LABIT

Médecin inspecteur

Chevalier de la Légion d'honneur

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur LEPAGE

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur RUDAUX

Accoucheur des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Opération Césarienne Moderne

AVANT-PROPOS

L'opération césarienne qui, il y a une trentaine d'années, était considérée comme une opération dangereuse, dont on ne pouvait attendre de bons résultats, a pris d'année en année une place plus grande dans l'obstétrique.

Actuellement, l'axe des discussions sur le traitement des dystocies pelviennes n'est plus ce qu'il était autrefois. Suivant le mot de Fochier, l'enfant, ce devenir, est apparu comme un facteur dont on devait tenir compte et qu'il fallait ménager.

Une rapide comparaison des statistiques parues à la fin du XVIII^e^ siècle et au cours du XIX^e^ siècle avec celles publiées récemment fait ressortir avec netteté tout ce que l'on doit attendre de cette intervention.

Baudelocque écrit qu'il connaît une série de 111 césariennes, dont 47 se terminèrent heureusement, soit une mortalité d'environ 60 o/o.

Kayser, en 1844, publie une statistique de 341 cas,

de 1750 à 1829, et trouve une mortalité maternelle de 60 o/o et fœtale de 30 o/o (1).

Negelé donne une mortalité de 64 o/o (2).

Michaëlis, réunissant 258 cas, des XVIIIe et XIXe siècles, trouve 140 cas mortels et 118 suivis de guérison, soit une mortalité de 54 o/o.

Au Congrès de Moscou, les statistiques publiées par Olshausen, Léopold et Zweifel, portant sur les césariennes conservatrices et les opérations de Porro, nous donnent.

Statistique d'Olshausen. — 29 femmes opérées: 27 guéries, 2 mortes.

Statistique de Léopold. — 100 femmes opérées: 90 guéries, 10 mortes.

Statistique de Zweifel. — 55 femmes opérées, 1 décès.

Enfin, les plus récentes statistiques françaises nous donnent :

Le relevé du fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, publié par le professeur Pinard, avec la collaboration de MM. Mouchotte et Lepage, de 1899 à 1906, donne : 13 opérations césariennes, sans mortalité maternelle ou fœtale et 25 opérations de Porro, 4 enfants morts, 3 femmes mortes. M. Mouchotte, dans *les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, publie une série de 14 opérations césariennes conservatrices, appartenant, en partie, à la précédente statistique, marquées par un égal succès pour les mères et les enfants.

1 et 2. Cités d'après v. Winckel.

La statistique de M. Bonnaire, publiée en 1907, donne 3 décès sur 20 opérations césariennes, 2 femmes ayant été opérées *in extremis* sans espoir de survie, 18 enfants ont été extraits vivants.

M. le professeur Bar fait mention de 135 opérations césariennes, avec résultats de plus satisfaisants.

La thèse de Serge Burnier, statistique de la marternité de Lausanne, service du professeur Rossier, porte sur 14 cas sans aucune mortalité maternelle ou fœtale.

Enfin, la statistique de la maternité de l'hôpital Boucicaut, de 1908 à 1913 (juillet), ne relate sur 21 césariennes aucun décès tant pour les mères que pour les enfants.

Cette statistique nous la publions dans notre thèse et à ce sujet, nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de remercier M. Lepage, qui, après nous avoir donné l'idée première de notre travail, n'a cessé de nous prodiguer ses conseils éclairés pour nous permettre de le mener à bonne fin.

Mais en apportant notre contribution à l'étude de l'opération césarienne, nous n'avons pas voulu nous contenter d'établir une statistique pure et simple et nous avons cru devoir rechercher dans les archives de la marternité de l'hôpital Boucicaut, de 1908 à 1913, les cas ou l'opération césarienne aurait pu être tentée avec un résultat vraisemblablement utile pour la mère et pour l'enfant.

Nous basant sur les indications opératoires des

observations que nous publions, nous avons essayé de déterminer le cadre, qui s'élargit de jour en jour, des indications de l'opération césarienne conservatrice.

Nous avons laissé de côté le chapitre des indications absolues, n'examinant que ces cas d'indications relatives ayant trait notamment aux bassins limites, en nous inspirant à ce sujet de la magistrale leçon faite par M. le professeur Pinard.

Il y a là au fond un véritable problème de mécanique qui semble tout particulièrement difficile a résoudre. On doit, en effet, reconnaître que dans les cas de bassins limites, l'hésitation de l'accoucheur s'avère, plus explicable encore, par l'incohérence des résultats. Et il ne faut pas oublier que si chez la multipare on peut se baser sur ce qui s'est passé lors des accouchements antérieurs, la question reste entière pour la primipare, et que la conduite à tenir est extrêmement délicate.

Après un court chapitre de technique opératoire, et un résumé des observations que nous condenserons en un tableau final, nous nous proposons d'insister sur les complications des suites opératoires, sur le diagnostic tant des réactions péritonéales que de l'ileus paralytique et sur leur traitement.

M. le professeur Ribemont Dessaignes a bien voulu accepter le présidence de notre thèse : qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde gratitude et l'assurance de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait.

INDICATIONS DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Des indications de l'opération césarienne de beaucoup la plus fréquente est le rétrécissement du bassin ; cent quatre-vingt-huit fois sur 200 cas pour Léopold, cent cinquante-huit fois sur 175 cas pour Neumann, onze fois sur 15 cas pour Rossier, et dix-neuf fois sur 21 cas, dans la statistique de la maternité de l'hôpital Boucicaut.

Nous nous contentons de mentionner les autres indications de l'opération césarienne : tumeurs de l'utérus, tumeurs obstruant la filière génitale, rétrécissements cicatriciels ou congénitaux du bassin, placentas prævia, présentations de la face, éclampsie ; pour nous attacher plus spécialement à l'étude des cas de césarienne dans les rétrécissements du bassin.

Nous abandonnons l'ancienne classification des indications de césarienne en indications absolues et indications relatives. Cette division avait sa raison d'être à une époque où la terreur de l'opération césarienne était la règle, et où Charpentier écrivait : *L'opération césarienne dans les cas de rétré-*

cissement du bassin doit être une opération de nécessité absolue et non une opération de choix et tant que l'instrument destiné à mutiler le fœtus pourra passer, c'est à lui que nous donnerons la préférence. L'intérêt de la mère était seul en cause. De nos jours, grâce aux progrès de la technique opératoire, le principe de M. le professeur Pinard, *l'embryotomie sur enfant vivant a vécu;* a singulièrement étendu le champ des indications de la césarienne.

Si, il y a quelques années, l'opération césarienne était jugée indispensable pour des bassins de 6 centimètres de conjugué vrai (Fehling, Neumann, Ribemont-Dessaignes et Lepage, P. Bar); aujourd'hui on trouve justiciables de cette opération, l'enfant étant vivant, les bassins de 7 cm. 5 et même 8 centimètres de conjugué vrai.

Dans ces rétrécissements serrés du bassin, les plus récents résultats de l'opération césarienne nous permettent, dans la majorité des cas, de lui donner la préférence sur la symphyséotomie et l'accouchement prématuré.

La symphyséotomie a contre elle des suites opératoires longues et difficiles, pouvant même dans quelques cas malheureux entraîner une véritable impotence fonctionnelle, et, de plus, elle est habituellement suivie d'une application de forceps, toujours aléatoire.

L'accouchement prématuré est contre-indiqué par le désir de l'accoucheur d'avoir un enfant vivant, susceptible de s'élever normalement, condi-

tion que ne peut réaliser facilement un prématuré.

Nous nous rangeons à la ligne de conduite suivie par M. le professeur Pinard, en laissant, sauf contre-indications pathologiques, la grossesse aller à terme.

Nous retiendrons néanmoins ces deux interventions, qui ont maintes fois donné des résultats des plus satisfaisants dans tous les cas où pour une raison ou pour une autre la césarienne ne sera pas possible.

Beaucoup plus délicates sont les indications d'opération césarienne, pour les bassins peu viciés, que l'on désigne en clinique sous le nom de *bassins limites*.

M. le professeur Pinard a magistralement posé la question de l'accouchement dans le bassins limites (1).

L'étude de ces bassins nous intéresse tout particulièrement, car c'est à eux que l'accoucheur a le plus souvent affaire.

Les rétrécissements serrés du bassin, pour lesquels il y a indication absolue de faire la césarienne, sont plus rares de jour en jour, et si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que sur 21 césariennes, aucune n'a été pratiquée pour indication absolue, sauf chez une femme ayant un bassin oblique ovalaire (obs. X).

Suivant l'expression de M. le professeur Pinard,

---

1. Pinard, *De l'accouchement dans les bassins à limites étroites* (*Bulletin médical*, 1913, p. 281).

le bassin s'agrandit, tout au moins dans notre pays, et la statistique de la clinique Baudelocque en fait foi : en 1890, il y avait 12,5 o/o de bassins rachitiques et en 1910, le pourcentage est tombé à 1,5.

Quelle est donc la conduite à tenir pour ces bassins limites ?

Elle est particulièrement délicate et réclame une observation attentive de tous les phénomènes fœtaux et maternels, et s'avère plus difficile encore chez les primipares.

Chez la multipare, on est guidé par l'histoire des accouchements antérieurs, et dans nombre d'observations de la maternité de Boucicaut, nous voyons l'indication d'opération césarienne fortement influencée par les résultats déplorables d'accouchements antérieurs.

Pour la primipare la question reste entière, c'est uniquement la surveillance, de chaque instant, de la marche du travail, qui permet de poser utilement l'indication de césarienne.

M. le professeur Pinard rapporte une observation particulièrement instructive à ce sujet (1).

Une femme de vingt-six ans, primipare, examinée par M. Couvelaire, présente un rétrécissement du bassin avec promontoire accessible, et très élevé.

Laissant la gestation suivre son cours, cette femme entre en travail. Rupture spontanée de la poche des eaux.

---

1. Observation 1504. Année 1911, in *Archives de la Clinique Baudelocque.*

Liquide amniotique verdâtre. Tête élevée au détroit supérieur. Contractions utérines très rares. Suture sagittale derrière la symphyse pubienne.

Devant l'ensemble de ces symptômes : liquide verdâtre, contractions rares, bassin limite, dilatation incomplète, M. le professeur Pinard pose l'indication d'opération césarienne d'urgence.

Cette intervention ne put être pratiquée de suite, une malade moribonde, atteinte de perforation utérine, réclamant des soins plus immédiats.

Cette opération achevée, M. Pinard revit la patiente. Le tableau était changé du tout au tout : contractions énergiques et répétées, la suture sagittale gagnait le centre de l'excavation ; on décidait de prolonger l'attente et, six heures après, M. Couvelaire terminait l'accouchement par une application de forceps. Enfant vivant de 3.000 grammes.

Cette observation met en évidence tout ce que l'accoucheur a à apprendre de la clinique, qu'elle seule dans ces cas difficiles doit entrer en ligne de compte ; elle nous montre également combien cette étude clinique doit être minutieuse et continue, ces indications pouvant se modifier d'un instant à l'autre, au cours des différentes étapes du travail.

Nous avons relevé dans les *Archives de la maternité de l'hôpital Boucicaut*, un certain nombre de cas de bassins limites où il semble que la césarienne aurait pu être pratiquée avec profit tant pour la mère que pour l'enfant. Ces observations, nous en publions le résumé ci-dessous.

Obs. n° 892 de 1908.

Multipare. Une fille vivante. Rétrécissement serré du bassin. Bassin annelé. Promontoire très saillant. Tête volumineuse. Poche des eaux rompue depuis neuf heures.

Symphyséotomie. Application de forceps. L'enfant vivant a des convulsions, il meurt vingt-trois jours après l'accouchement. Dans les suites de couches la femme présente, outre de l'élévation de température, des troubles de la miction et de l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs.

Obs. n° 816 de 1909.

Primipare, vingt-quatre ans. Léger degré de rétrécissement du bassin. Tête volumineuse débordant la symphyse. Poche des eaux intacte. Travail lent. Souffrance du fœtus. Application de forceps. Extraction d'un enfant du poids de 3.800 grammes. En état d'asphyxie blanche. Ne peut être ranimé.

Obs. n° 907 de 1909.

Primipare, vingt-trois ans. Pas d'antécédents personnels ou héréditaires. Hauteur utérine 37 centimètres. Diamètre promonto-sous-pubien, 10 cm. 5, tête fixée. Poche des eaux rompue. Bruits du cœur fœtal bons. Après vingt-quatre heures d'expectative, la tête ne progressant pas, M. Lepage tente une application de forceps sans résultat. Symphyséotomie terminée par une application de forceps. Enfant du poids de 4.060 grammes en état de mort apparente, ne peut être ranimé. Aucune malformation à l'autopsie. Suites opératoires bonnes.

Obs. n° 867 de 1910.

Mme Joséphine C..., primipare. Rachitisme de l'enfance. Actuellement chapelet costal. Incurvation des fémurs.

Promontoire accessible. Sacrum plat. Promonto-sous-pubien de 10 centimètres. Tête très élevée, ne débordant pas la symphyse.

Bruits du cœur fœtal bons. Poche des eaux intacte.

La tête ne progresse pas, les bruits du cœur fœtal se ralentissent.

Dilatation d'une petite paume, col résistant.

Symphyséotomie. Forceps. Enfant vivant de 3.850 gr. Tête très ossifiée. Bi-pariétal 9 centimètres. Bi-temporal 8 centimètres.

Élevé difficilement, meurt à dix-sept mois.

Lésions étendues. Déchirure double du col. Déchirure du périnée.

Désincertion de la paroi antérieure du vagin. Urèthre déchiré.

Suites opératoires longues. La malade reste trois mois à l'hôpital.

Obs. n° 559 de 1911.

Primipare, vingt-deux ans, taille 1 m. 42. Quelques légers stigmates de rachitisme (incurvation fémorale. Bosses frontales saillantes. Voûte palatine ogivale). Bassin légèrement rétréci, épineux. Angle accessible. Hauteur utérine 37 centimètres. Poche des eaux intacte.

Expectative. Rupture artificielle de la poche des eaux. Défaut de progression de la tête. Souffrance du fœtus. Application de forceps. Enfant du poids de 2.800 grammes. Tête

ossifiée, né en état de mort apparente. Ne peut être ranimé. Déchirure du col et déchirure complète du périnée.

Obs. n° 1179 de 1911.

Primipare, vingt-deux ans, de petite taille. Envoyée à l'hôpital par son médecin qui pense à la possibilité d'une symphyséotomie. Hauteur utérine 35 centimètres, tête ossifiée débordant légèrement la symphyse. Bassin rétréci dans tous ses diamètres. Promontoire accessible. Utérus cordiforme. Poche des eaux rompue au moment de son entrée à l'hôpital.

Espectative, puis application de forceps par M. Rudaux, pour modification des bruits du cœur.

Enfant de 3.420 grammes, mort-né.

Obs. n° 48 de 1912.

Primipare, vingt-trois ans, taille 1 m.36. Stigmates de rachitisme. Bosses frontales saillantes. Parenthèse fémorale. Dents d'Hutchinson. A marché à quatre ans.

Bassin présentant de nombreuses anomalies. Épine au milieu de l'éminence ilio-pectinée gauche, ligne inomminée du même côté est redressée, faux promontoire lombaire. Diamètre promonto-pubien, 9 cm. 7.

Le fœtus ne semblant pas volumineux, et la tête bien ossifiée, M. Lepage décide d'attendre l'accouchement spontané. Puis la poche des eaux étant intacte, décide de pratiquer une version. Extraction d'un enfant du poids de 2.250 gr., ranimé difficilement. Meurt à vingt-cinq jours.

Obs. n° 874 de 1912.

Primipare, vingt-huit ans. Petite taille. Membres très courts. Rétrécissement du bassin. Hauteur utérine 37 centimètres. Tête mobile ne débordant pas la symphyse.

Poche des eaux rompue à l'hôpital, au début du travail. Souffrance du fœtus. Liquide amniotique très fétide. Ces contre-indications à l'opération césarienne, dont la femme serait justiciable à une grossesse ultérieure, engagent M. Rudaux à terminer l'accouchement par une application de forceps.

Enfant mort-né du poids de 3.750 grammes.

Ces observations, où une expectative prolongée eut, au point de vue fœtal en particulier, un résultat des plus malheureux, mises en parallèles avec l'observation de la Maternité de Beaudelocque, font des plus nettement ressortir toute la difficulté de poser une indication de césarienne dans les bassins limites.

En résumé l'accoucheur doit s'inspirer en premier lieu du degré de dystocie pelvienne, mais également comme le dit Neumann « de la grosseur du fœtus, de ses rapports avec le bassin, de l'engagement ou du manque d'engagement de la tête, de l'âge de la femme, de son état de santé qui peut devenir une indication ou une contre-indication, de la durée de l'accouchement, de la qualité des douleurs, de la rupture prématurée de la poche des eaux et enfin du cours des accouchements antérieurs ».

C'est en pesant toutes ces considérations, en étu-

diant minutieusement la marche du travail, et en tenant compte également du désir maintes fois manifesté par la mère d'avoir un enfant vivant, qu'il sera donné de poser une indication juste de césarienne.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE

ET MOMENT A CHOISIR POUR PRATIQUER L'OPÉRATION CÉSARIENNE

L'indication d'une opération césarienne étant posée, de quelles précautions, tant au point de vue responsabilité, qu'au point de vue sécurité opératoire, doit s'entourer l'accoucheur ?

Beaucoup d'auteurs estiment que l'on ne doit pas faire courir à une femme les risques d'une opération césarienne sans son consentement ou, si elle n'est plus en état de le donner, sans celui de son mari ou des proches parents.

C'est là une règle généralement admise et respectée par tous les chirurgiens, et l'accoucheur ne doit pas passer outre à l'opposition de la femme ou de sa famille. Faisons une réserve cependant pour les cas d'indications absolues, (4 cm. 5 de conjugué vrai) ou l'extraction du produit de conception n'est pas possible par les voies naturelles.

Examinons maintenant les conditions dans lesquelles doit être pratiquée l'intervention.

Un certain nombre d'auteurs exigent que la poche des eaux soit intacte avant de pratiquer une césarienne conservatrice.

M. le professeur Bar (1), qui a été en France le rénovateur de la césarienne, partage également cet avis.

« Je ne fais guère, dit-il, que des opérations précoces, aussitôt que possible après le début du travail. Je renonce à la section césarienne classique chez toute femme suspecte, ayant déjà subi des manœuvres opératoires, ayant été touchée dans des conditions peu sûres, et sauf quelques cas rares, chez toute femme ayant depuis plusieurs heures des membranes rompues. »

Léopold, Braun, V. Fermwald, Potocki, Rossier, Doderlein, considèrent également comme contre indiquée toute césarienne secondaire à des tentatives de forceps ou de version.

Le champ des indications de césariennes d'urgence se trouve ainsi limité : et il semble peut-être qu'il y ait là, prudence exagérée. Dans les observations de la maternité de Boucicaut, nous voyons M. Lepage intervenir plusieurs fois, la poche des eaux étant rompue, une fois même depuis trente-six heures. L'observation nº 389, de l'année 1909, est intéressante à ce sujet. Après une application de forceps sans résultats, M. Lepage n'a pas craint de pratiquer l'opération césarienne ; et dans les suites de couches nous notons comme tempéra-

1. *Bulletin Médical*, 10 juin 191..

ture maxima 37°8. Femme sortie en parfait état vingt-deux jours après l'intervention, enfant vivant.

M. Le Lorier (1), dans une communication concernant 19 observations de césarienne tardive, conclut de la façon suivante :

1° L'opération césarienne conservatrice peut être pratiquée avec succès après la rupture des membranes, alors même que des manœuvres manuelles ont été exécutées dans la cavité utérine ou que le liquide amniotique est notoirement septique ;

2° Dix-neuf opérations exécutées dans les conditions ci-dessus ont donné une mortalité nulle pour la mère et nulle pour les enfants ;

3° La morbidité maternelle s'est élevée à 31 o/o ; mais sauf une malade qui a eu une éventration immédiate post-opératoire, il n'est pas prouvé que cette morbidité soit particulièrement imputable à l'intervention ou aggravée par elle.

Les interventions d'urgence ne constituent heureusement pas la majorité, nous allons maintenant examiner le moment opportun pour opérer une femme surveillée et suivie de longue date.

M. le professeur Bar estime que l'intervention doit être pratiquée avant tout début de travail au voisinage du terme.

Les adversaires de cette manière de faire ont objecté que :

1° Cette intervention exposait à des hémorragies

1. *L'Obstétrique*, année 1911.

par inertie utérine, l'utérus ne se contractant pas comme pendant le travail. Sur 78 cas de césariennes précoces, M. Bar n'a pas observé une seule hémorragie présentant un caractère réel de gravité ;

2° Que l'intervention pratiquée avant le début du travail trouvait le col insuffisamment dilaté pour permettre l'écoulement des lochies.

En général le col est perméable et il est facile de faire cette dilatation sur la table d'opération ;

3° Enfin que cette intervention pouvait, étant donné la difficulté d'apprécier la date exacte du terme, priver l'enfant d'un certain nombre de jours de vie intra-utérine.

Cette objection est certainement, de beaucoup, la plus valable ; l'enfant prématuré est dans de mauvaises conditions au point de vue vital. De plus dans les cas de bassins limites, on est exposé à faire des césariennes chez des femmes qui eussent, contre la prévision de l'opérateur, accouché spontanément ou à l'aide d'une intervention bénigne.

M. le professeur J.-B. Kouwer estime qu'il faut attendre le début du travail, et même surveiller la marche de l'accouchement et il conclut ainsi après avoir examiné les indications relatives de césariennes : « Les femmes accoucheront-elles spontanément d'un enfant vivant ? Bien difficile à dire ; on attend, et si les forces de la nature manquent, on opère.

» Ces opérations tardives, comme M. Lepage les a heureusement baptisées, sont des opérations qui procurent à l'opérateur la plus grande satisfaction, la

tranquillité de ne pas avoir opéré sans nécessité (1). »

Et M. Kouwer cite 28 femmes opérées en moyenne cinquante-quatre heures après le début du travail sans obtenir des résultats moins satisfaisants qu'avec les césariennes précoces.

En résumé, il n'y a pas de règles absolues, l'accoucheur doit s'inspirer des circonstances particulières à chaque malade, et si quelques complications imposent l'opération rapide (cardiopathie, éclampsie, néphrite, placenta prævia), en général il attendra le début des douleurs.

---

1. J.-B. Kouwer, *l'Obstétrique*, 1911, p. 1.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE ABDOMINALE

La technique de l'opération césarienne, après avoir subi de nombreuses variations, tend actuellement à se préciser, à se simplifier. M. le professeur Bar, qui a rénové l'opération césarienne en France, à contribué pour une très grande part à en fixer le mode opératoire. Il convient également de faire une large place aux nombreux rapports présentés, au cours de ces dernières années, à la société obstétricale de France ; tout particulièrement le mémoire de Mouchotte, les rapports de Couvelaire et Jeannin : *Technique de la césarienne abdominale*, le très beau travail de Couvelaire : *Introduction à la chirurgie utérine abdominale.*

Les modifications apportées à la césarienne abdominale, au cours de ces dernières années, tendent surtout à faire justice des procédés très nombreux et variés, ayant trait aux différents temps de cette opération pour tracer une ligne de conduite nette et

bien étudiée. En un mot, en nous servant de l'excellente expression de Jeannin, à rendre cette opération *plus franchement chirurgicale et simple.*

La technique que nous exposerons le plus brièvement possible, en laissant de côté les soins pré et post-opératoires, et le mode d'anesthésie, qui sont actuellement très bien mis au point, est celle qui a été suivie par M. Lepage dans les observations qui font l'objet de notre thèse.

L'opération césarienne comprend sept temps :

1° Incision de la paroi abdominale ;

2° Extériorisation de l'utérus ;

3° Incision de l'utérus ;

4° Extraction du fœtus ;

5° Extraction de l'arrière-faix ;

6° Suture de l'utérus ;

7° Suture de la paroi abdominale.

I. — *Laparotomie*

L'incision de la paroi abdomiuale doit mesurer de 20 à 25 centimètres, pour permettre l'extériorisation facile de l'utérus. Le fond de l'utérus sera préalablement repéré, la vessie également.

L'incision est faite sur la ligne médiane en contournant l'ombilic à gauche. Elle partira d'un point situé à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic et remontera jusqu'au fond de l'utérus.

Le bistouri sera manié avec la plus extrême pru-

dence, la paroi abdominale étant excessivement mince. Quand le péritoine est à découvert, on le saisit entre deux pinces, on l'incise et l'opérateur agrandit l'incision aux ciseaux, sous le contrôle de la main gauche.

On applique sur le péritoine de chaque côté deux pinces hémostatiques qui l'empêchent de se rétracter.

II. — *Extériorisation de l'utérus et protection du péritoine*

L'incision une fois terminée, on procède à l'extériorisation de l'utérus que l'on fait basculer au dehors. Cette manœuvre ne présente en général aucune difficulté, il est cependant quelquefois nécessaire d'agrandir l'incision primitive.

L'utérus extériorisé, on protège la cavité péritonéale au moyen de compresses stérilisées placées en arrière de l'utérus, on évite ainsi l'issue de l'épiploon et des anses intestinales. Quelques compresses seront également placées en avant et sur les côtés.

On passe maintenant à l'incision de l'utérus que l'on a eu soin de ramener sur la ligne médiane.

III. — *Hystérectomie*

L'incision se fait aussi rapprochée que possible du milieu de l'utérus, dans la région la moins vasculaire.

On fait en bas, à l'utérus, une petite boutonnière verticale de 1 à 2 centimètres intéressant le péritoine.

Avec l'extrémité de l'index on déchire le muscle utérin et on introduit l'index gauche dans cette boutonnière jusqu'à ce que l'on ait traversé complètement l'utérus.

Avec des ciseaux guidés sur l'index on agrandit rapidement l'incision par en haut, de façon à permettre la facile sortie de la tête.

Cette incision doit être rapide, car elle peut donner lieu à un écoulement sanguin abondant.

Lorsque le placenta s'insère sur la face antérieure de l'utérus, la meilleure méthode est de le décoller rapidement et d'extraire le fœtus.

IV. — *Extraction du fœtus*

L'extraction du fœtus se fait le plus rapidement possible, en le saisissant en général par l'un ou les deux pieds. Lorsque l'on éprouve quelque difficulté à extraire la tête, la meilleure conduite à tenir est d'agrandir l'incision à la partie supérieure.

Une pince est appliquée sur le cordon qui est sectionné.

Pendant l'extraction du fœtus l'aide comprime fortement la partie inférieure de l'utérus.

V. — *Extraction de l'arrière-faix et tamponnement de l'utérus*

L'extraction du placenta et le décollement des membranes se feront le plus rapidement possible.

S'il reste des débris de caduque, la cavité utérine sera nettoyée à l'aide de compresses stériles.

Doit-on tamponner l'utérus ?

Dans la très grande majorité de nos observations, le tamponnement a été pratiqué. Il est fait à la gaze iodoformée. L'extrémité de la bande de gaze passant par le museau de tanche, il sera ainsi facile de l'extraire vingt-quatre heures plus tard.

L'utilité du tamponnement utérin a été discutée, ses inconvénients, risques d'infection et tranchées persistantes, ont été mis en évidence ; les services rendus comme agent hémostatique sont minimes.

Avec Jeannin nous retiendrons comme indications précises du tamponnement utérin, le défaut de perméabilité du col ; une délivrance avec membranes incomplètes ; l'inertie utérine. Hormis ces cas, nous pourrons supprimer le tamponnement utérin.

Afin de prévenir une hémorragie abondante, une injection hypodermique d'ergotine sera faite au début de l'incision et pourra être renouvelée si les circonstances l'exigent.

Avant de pratiquer la suture de l'utérus, des compresses seront placées afin de recevoir le sang s'écoulant par les tranches musculaires.

VI. — *Sutures de l'utérus*

La suture de l'utérus se fait au catgut fort, pour les sutures profondes, au catgut plus fin pour les points superficiels. Les premières sutures ont été faites à la soie, mais par la suite, M. Lepage est revenu à l'usage du catgut.

Sutures profondes. — L'aiguille est enfoncée à 1 centimètre environ des bords de la plaie ; chemine dans le tissu utérin pour sortir au-dessus de la couche muqueuse, puis suit un trajet inverse dans l'autre lèvre de la plaie utérine.

On applique ainsi une douzaine de sutures distantes de 2 centimètres. L'affrontement des bords de la plaie doit être réalisé le mieux possible. Le nœud étant appliqué à droite ou à gauche de la ligne de suture.

Sutures superficielles. — Seront appliquées dans l'intervalle des sutures précédentes, elles seront faites en suturant la séreuse de chaque côté ; on peut comprendre dans la suture une légère tranche de tissu musculaire.

VII. — *Suture de la paroi abdominale*

On enlève ensuite les compresses protégeant la cavité péritonéale, et l'on procède, si besoin est, à la toilette du péritoine.

La suture de la paroi abdominale ne diffère en rien de la suture faite dans toute la laparotomie.

La durée de l'opération césarienne est variable, notre statistique donne une durée moyenne de quarante-cinq minutes.

Nous avons omis, à dessein, les complications pouvant survenir au cours de la césarienne.

Elles consistent en une hémorragie plus ou moins abondante, pouvant provenir de deux sources différentes : 1° la plaie utérine, 2° la surface d'insertion du placenta.

La piqûre d'ergotine, que nous avons mentionnée, agira momentanément, mais insuffisamment contre ces hémorragies. L'hémorragie de la plaie utérine sera combattue en faisant de l'hémostase directe, en comprimant la tranche utérine et surtout en opérant une constriction manuelle, au besoin au moyen d'un tube de caoutchouc, autour du pédicule de l'utérus.

La seconde source de l'hémorragie, due à l'inertie utérine, sera combattue par les moyens habituels. Massage, pétrissage de l'utérus, injection d'eau chaude à 50 degrés ; et également en employant la striction des pédicules vasculaires que nous indiquons plus haut.

OBSERVATIONS [1]

STATISTIQUE DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL BOUCICAUT, 1908 A JUILLET 1913

Obs. I, n° 942, de 1908.

B..., âgée de trente ans, entre le 2 octobre.

N'a marché qu'à trois ans ; cette femme est de petite taille (1 m. 39). Réglée depuis l'âge de treize ans.

Accouchements antérieurs. — La première, la troisième, la quatrième, la cinquième grossesses se sont terminées en : 1900, 1902, 1904 par des accouchements prématurés, à sept mois, huit mois, sept mois et sept mois et demi. La deuxième grossesse (1901), par une fausse couche de trois mois ; en 1907, la sixième grossesse s'est terminée à terme. Présentation du siège, basiotripsie sur la tête dernière.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 19 au 26 janvier 1908.

Les mouvements actifs ont été perçus le 2 juin.

18 octobre. — A 6 h. 1/2 du soir, rupture spontanée des membranes, col long, pas de contractions utérines.

A 9 h. 15 du soir, M. Lepage examine la femme : tête volumineuse, mobile au détroit supérieur, n'ayant pas de tendance à s'engager et fuyant vers la fosse iliaque droite.

1. La température et le pouls notés dans les observations sont les maxima constatés chaque jour.

Présentation du sommet en O. I. G. T. Au toucher, l'angle sacro vertébral est facilement accessible.

M. Lepage, se basant sur les résultats fournis par cet examen et sur les antécédents obstétricaux de la femme, décide de pratiquer l'opération césarienne immédiate.

Opération. — Anesthésie chloroformique avec l'appareil de Ricard. Incision de la paroi abdominale et de la paroi utérine sans extériorisation. Le placenta est inséré en avant, hémorragie assez abondante ; un gros sinus saigne en jet sur la moitié droite de la tranche utérine, malgré la compression faite avec la main d'un aide, des pédicules vasculaires.

Tamponnement à la gaze stérilisée. La paroi utérine est très épaisse, elle mesure jusqu'à 4 cm. 1/2 par places. Sutures profondes et superficielles avec la soie.

L'utérus étant bien contracté, ne saignant plus, il n'est pas fait de drainage. Suture de la paroi abdominale, tamponnement du vagin, à la gaze iodoformé. Durée de l'opération : 45 minutes.

L'enfant, un garçon, pèse 3 k. 780, longueur 50 centimètres, diamètre bi-pariétal, 10 cm. 5.

Il naît étonné, mais crie au bort de 5 minutes.

19 octobre. — Température 37°8. Pouls 124.

La nuit a été satisfaisante, malgré quelques douleurs abdominales, miction spontanée.

20 octobre. — Température 30 degrés. Pouls 122, 2 vomissements dans la nuit, qui a été assez agitée. L'état général est satisfaisant ; l'obdomen est balonné, un peu douloureux, mais souple à la pression ; émission de quelques gaz par l'anus, miction spontanée.

On enlève le tamponnement vaginal et le tamponnement utérin.

21 octobre. — Température 38°6. Pouls 112, diarrhée assez abondante.

22 octobre. — Température 38°8. Pouls 120, l'abdomen est ballonné, mais non douloureux ; la diarrhée persiste.

26 octobre. — L'état général est bon, les points de suture son enlevés, la cicatrice abdominale est bonne.

La femme quitte le service en très bon état le 10 novembre.

Obs. 11, n° 1057, de 1908.

F. B..., vingt-trois ans, primipare, entre le 22 novembre.

Ne sait pas à quel âge elle a marché, mais déclare quelle a eu une enfance chétive et qu'elle aurait eu des manifestations de rachitisme.

Réglée à treize ans, la menstruation dure trois à quatre jours.

Grossesse actuelle, dernières règles du 9 au 12 février ; mouvements actifs perçus en juillet.

La femme est envoyée, le 22 novembre à 7 h. 1/2 du matin, par une sage-femme qui, au cours du travail, a diagnostiqué un rétrécissement du bassin.

Le travail a débuté le 20 novembre, à minuit, les membranes se sont rompues spontanément le 21 novembre à 10 h. 1/2 du soir.

Cette femme est de petite taille (1 m. 50) bosse frontale saillante, voûte palatine ogivale, les membres sont grêles et les mains courtes ; pas d'ensellure lombaire. Pas de déformation des membres inférieurs.

Présentation du sommet en O. I. D. T. La tête fœtale est élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur. Enfant vivant.

Hauteur de l'utérus 33 centimètres. Les contractions utérines sont rares et faibles, le col est entr'ouvert.

Au toucher, le promontoire est difficilement accessible. Le palper mensurateur montre que la tête déborde le détroit supérieur. En la repoussant, on a la sensation d'une résistance osseuse.

M. Lepage, qui examine la femme à 10 h. 1/2 du matin, n'est pas d'avis d'intervenir parce que l'angustie pelvienne ne paraît pas très marquée et que les contractions utérines sont rares.

Pendant la journée, la femme n'a que peu de douleurs. Température, matin, 37°3. Pouls, matin, 88. Température, soir, 37°4. Pouls, soir, 86.

Pansement du vagin à la gaze iodoformée.

23 novembre. — Dans la nuit, de 2 heures à 4 heures du matin quelques contractions utérines assez violentes.

24 novembre. — Température, matin, 37°2. Pouls, 100.

A 10 heures du matin, M. Lepage procède sous chloroforme à l'examen du bassin. Diamètre du promonto-sous-pubien : 10 cm. 1.

Le promontoire est élevé, saillant, recourbé en avant calant la tête bien fléchie. Le bassin paraît généralement rétréci. Dilatation d'un franc. Les battements du cœur fœtal sont ralentis 96, bien frappés. L'opération césarienne est décidée.

Opération. — Incision de la paroi abdominale, qui est épaisse et infiltrée de graisse. Incision de l'utérus sans extériorisation. Le placenta est inséré sur la paroi antérieure de l'utérus.

Après extraction du fœtus, tamponnement à la gaze iodoformée. La plaie utérine est suturée en trois plans. Un plan

profond à la soie 2 et 3; un plan superficiel à la soie 2; un troisième plan séro-séreux est fait pour recouvrir la plaie.

L'écoulement sanguin a été très peu abondant. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Durée de l'opération : 40 minutes.

L'enfant est une fille de 3 kilos, mesurant 48 centimètres de longueur. Diamètre bi-pariétal 95 millimètres.

Il existe sur la tête une bosse séro-sanguine très marquée du côté droit. Le pariétal droit chevauche sur le gauche, le bord inférieur du pariétal droit chevauche sur le frontal.

Dans la journée, pas de vomissements. Température, soir : 36°8; pouls soir : 100.

25 novembre. — Dans la nuit 3 mictions spontanées, émission de gaz. Température, matin : 38°2 ; pouls matin : 136.

On retire le tamponnement du vagin.

26 novembre. — Le tamponnement utérin est enlevé, non sans difficulté à cause d'un spasme de l'orifice utérin. Température : 38 degrés; pouls : 104.

Les points de suture sont enlevés le huitième jour.

La femme sort en bonne santé le 12 décembre. Enfant vivant en bonne santé.

Obs. III, n° 1100 de 1908.

A. P..., entre le 26 novembre. A marché à un an et demi, réglée à treize ans.

Les premiers accouchements se sont terminés en 1895, 1897 par la naissance d'enfants morts extraits avec le forceps, après un travail très long.

Grossesse actuelle. Dernières règles 20 au 26 février. Mouvements actifs perçus au commencement d'août.

La femme est examinée pendant sa grossesse, le 13 octobre par M. Lepage : tête non engagée, mobile au détroit supérieur. Au toucher, angle sacro-vertébral accessible. Diamètre promonto sous-pubien 10 cm. 2. Il semble qu'il existe un peu d'aplatissement du bassin du côté droit.

La femme manifestant le désir très net d'avoir un enfant vivant, M. Lepage pense que l'opération césarienne est indiquée à terme.

Le travail débute dans la nuit du 8 au 9 décembre. Quelques douleurs espacées, rupture spontanée des membranes.

9 décembre. — M. Lepage examine la femme et constate que la tête n'est pas engagée et semble déborder au niveau du détroit supérieur.

Anesthésie chloroformique. Après incision de la paroi abdominale, on constate que l'utérus est très tordu de droite à gauche et présente des dimensions transversales assez considérables. On arrive cependant à l'extérioriser.

Le placenta est inséré en avant.

Hémorragie assez abondante malgré la compression des pédicules vasculaires. Tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée. La paroi utérine est suturée par 5 points profonds à la soie et 6 points superficiels.

Suture du péritoine par un surjet de catgut ; crins de Florence sur la paroi. Durée totale de l'opération : quarante-cinq minutes.

L'enfant du sexe masculin pèse 2 kilogr. 930, mesure 48 centimètres de longueur.

10 décembre. — Température 38 degrés. Pouls 120. La nuit a été très bonne. Miction spontanée, émission de gaz.

11 décembre. — Température 37°4. Pouls 96. L'état est très satisfaisant.

Les jours suivants il n'y a pas d'élévation de température.

14 décembre. — On enlève les points de suture. La cicatrice est bonne.

Enfant vivant et en bonne santé.

Obs. IV, n° 87 de 1908.

F. E..., trente ans, primipare, entre le 11 janvier.

A marché à treize mois, réglée à quinze ans. Opérée d'appendicite en 1907.

Grossesse actuelle : dernières règles du 8 au 13 avril. Mouvements actifs perçus le 15 août. Vient à la consultation de Boucicaut le 10 janvier.

Examen. — Femme de petite taille (1 m. 38); bosse frontale très développée, maxillaire supérieur un peu aplati, voûte palatine un peu ogivale.

Présentation du sommet, dos à gauche ; la tête est mobile et déborde la symphyse. Petit fibrome sur la face antérieure de l'utérus, du côté gauche. Hauteur de l'utérus 35 centimètres. Diamètre promonto-sous-pubien 9 cm. 2. La femme est admise au dortoir le 25 janvier.

Le 26 janvier, à 5 h. 1/2 du soir, la tête débordant nettement, et la poche des eaux étant intacte, M. Lepage décide de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — Anesthésie chloroformique. Après incision de la paroi abdominale, extériorisation de l'utérus. Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus et fait hernie à travers l'incision. Écoulement de liquide amniotique non teinté de méconium. L'extraction du fœtus est facile. Le

placenta et les membranes sont assez adhérentes ; la paroi utérine est très mince ; hémorragie peu abondante.

Tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée. Suture profonde et superficielle de la paroi avec de la soie. Ablation du petit fibrome de la grosseur d'un noix, siégeant à la face antérieure de l'utérus, près de la corne gauche. Pas de drainage. Suture de la paroi abdominale, qui est très mince, surjet péritonéal, surjet musculo-aponévrotique, points séparés à la soie sur la peau. Mèche iodoformée dans le vagin. Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

26 janvier. — Agitation, point de côté thoracique, douleur épigastrique. Température 37°6. Pouls 112.

27 janvier. — Température 37°6. Pouls 112. Une sonde rectale n'amène pas d'émission de gaz.

28 janvier. — Température 38 degrés. Pouls 120 ; quelques vomissements, miction spontanée, émission de gaz.

29 janvier. — Température 37°4. Pouls 100. L'état général est bon, la malade a bien dormi.

1er février. — On enlève les points de suture ; la cicatrice est en bon état.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3 kgr. 400 et mesure 50 centimètres de longueur. Diamètre bi-pariétal 9 centimètres. Il naît étonné, a besoin d'être insufflé et crie quelques minutes après la naissance.

Les suites de couches ont été compliquées par suite de la formation de deux abcès du sein qui ont été incisés.

La femme sort, guérie, le 8 mars.

Obs. V, n° 389 de 1909.

L..., trente-cinq ans, primipare, entre le 27 avril.

Grossesse actuelle : dernières règles du 4 au 6 juillet ; mouvements actifs perçus au mois de novembre.

Les douleurs auraient débuté le 24 avril. La femme entre à la maternité le 27 avril, à 5 heures du matin.

Présentation du sommet en O.I.D.P. Bruits du cœur bons, col en voie d'effacement ; poche des eaux rompue.

Huit heures du matin : dilatation de 5 francs ; une poche des eaux semble s'être reformée.

A 9 heures du matin, M. Lepage, après examen de la femme, est d'avis d'attendre avant d'intervenir, la tête ne semblant pas déborder la symphyse. La suture sagittale est à 6 centimètres du bord inférieur du pubis.

Température rectale 37°5. Pouls à 84, mal frappé.

A 5 h. 3/4, M. le Dr Lepage examine la femme. Il trouve les bruits du cœur du fœtus irréguliers et claqués. Il décide de pratiquer l'examen sous chloroforme. Anesthésie chloroformique. Le promontoire est haut, difficilement accessible ; on décide de faire une application de forceps. Deux prises au détroit supérieur échouent. L'examen de la tête du fœtus, fait ultérieurement, montre la cuillère antérieure appliquée régulièrement. Toutefois, l'axe des cuillers n'est pas exactement parallèle à l'axe occipito-mentonnier, mais légèrement oblique par rapport à lui, et cela a peut-être causé un certain degré de déflexion de la tête défavorable à l'extraction. M. le Dr Lepage examine alors la possibilité d'une symphyséotomie, les parties molles lui semblant suffisantes, mais il hésite devant l'aléa des suites opératoires tardives et décide de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — L'opération fut faite d'après les règles décrites plus haut. Paroi très grasse. Extériorisation de

l'utérus. Placenta inséré en avant. Tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée. Piqûre d'ergotine. Suture de la paroi interne par sept points profonds. On constate une déchirure transversale du péritoine de la face antérieure du segment inférieur. Suture par un surjet de catgut fin.

Hémorragie très minime. Drainage du cul-de-sac antérieur. L'utérus se contractant bien, on ferme par deux surjets au catgut péritoine et paroi. Soies séparées sur la peau. Sérum 500 grammes.

Enfant. — Garçon à terme, poids 3.500 grammes, mesurant 52 centimètres. Circonférences de la tête 36 × 33. Biparietal de 8 cm. 5.

Né en état d'asphyxie blanche, ranimé quelques instants après.

Suites opératoires. — Jeudi 30. — Température 37°8. Pouls à 104. Bon état, miction spontanée, léger point de côté à droite, au niveau du mamelon droit, rien à l'auscultation. Un peu de subictère. Ventre souple. Aspiration par le drain qui ramène une cuillerée à soupe de sang noir.

Vendredi 1er mai. — Température 37°6. Pouls à 98. La plaie est en bon état. Un peu de rougeur au niveau des deux premiers points.

Les jours suivants pas d'élévation de température, pouls normal. Le 6 mai (8 jours après l'intervention) on enlève les points de suture. On enlève le drain.

Le 20 mai (22 jours après l'intervention) la parturiente sort de l'hôpital en très bon état. Enfant vivant; en bonne santé.

Indication de l'opération. — Absence de progression de la tête, et souffrance du fœtus. Après application de forceps sans résultat.

Obs. VI, nº 936, de 1909.

Mme L..., vingt-quatre ans, ménagère. Multipare. Fausse couche de six semaines à vingt-deux ans. Accouchement, à vingt-trois ans, excessivement laborieux, d'un gros enfant à terme, qui meurt vingt-quatre heures après la naissance.

Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques.

Accouchement. — Entre à la maternité le 19 novembre. En douleurs depuis six heures. Poche des eaux rompue.

M. Lepage examine la femme et constate une présentation du sommet en O I D A. Tête volumineuse et ossifiée, débordant nettement la symphyse. Enfant vivant, bruits du cœur bons à 120. Dilatation de 2 francs. Angle sacro-vertébral accessibles, 11 centimètres de promonto sous-pubien.

Tenant compte du volume de l'enfant et du désir très net de la femme d'avoir un enfant vivant, M. Lepage décide de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — Anesthésie chloroformique.

Incision de la paroi abdominale allant de trois travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne, à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Extériorisation de l'utérus. Protection du péritoine à l'aide de gaze stérilisée. Piqûre d'ergotine.

Incision de l'utérus. Placenta inséré sur la paroi antérieure, M. Lepage traverse le placenta et extrait, en le saisissant par un pied, le fœtus.

Extraction du placenta, décollement des membranes.

Tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée.

Suture de l'utérus. Points profonds à la soie. Points superficiels également à la soie. Petit surjet au cagtut sur

une petite déchirure du péritoine viscéral. Au niveau du segment inférieur, en avant et à droite.

Suture de la paroi abdominale, suivant la technique habituelle.

On laisse à la partie inférieure de la plaie, plongeant vers le cul de sac de Douglas un drain n° 42.

500 grammes de sérum artificiel. Pouls bon a 96.

Enfant. — Fille du poids de 3000 grammes. Née on état de mort apparente. Desobstruction des voies respiratoires.

Respiration artificielle. Première inspiration au bout de six minutes. Bain chaud. Frictions à l'alcool.

Suites opératoires. — 20 novembre. — Température 38 degrés. Pouls à 116. Vomissements répétés. Nuit calme. Le pansement est imbibé de sang. M. Lepage retire le drain abdominal. Détamponnement de l'utérus, qui est très bien retracté.

21 novembre. — Température 38 degrés. Pouls 100. État général très satisfaisant. Urine spontanément.

21 novembre. — Ablation des crins.

1er décembre. — On constate un petit abcès superficiel, à la partie inférieure de l'incision. Incision.

5 décembre. — Fistule à la partie inférieure de l'incision abdominale.

Mme L... sort de l'hôpital un mois après l'opération.

En bon état sauf cette fistule persistant. Enfant très bien portant.

En novembre 1910. — Mme L..., fut opérée par M. Lejars, qui extirpa la fistule. Deux mois après, cicatrisation complète.

En janvier 1911. — La malade présente des douleurs dans l'aine droite, vomissements, constipation opiniâtre.

En mars 1911. — M. Lejars, constate au niveau du point de Mac Burney, une tuméfaction rouge, chaude et douloureuse, grosse comme un œuf de poule. Opérée d'urgence, la malade sort douze jours après de l'hôpital Saint-Antoine.

En octobre 1911. — A l'examen de la cicatrice de l'opération césarienne, on constate que cette cicatrice, au-dessus de l'ombilic, est blanche et souple. Au dessous de l'ombilic elle est indurée, rouge et douloureuse. Sensation de plastron abdominal occupant la fosse iliaque droite.

Indication opératoire. — Tête volumineuse débordant la symphyse. Promontoire accessible. Accouchement précédent terminé par mort du fœtus. Désir exprimé par la femme l'avoir un enfant vivant.

Obs. VII, n° 971, de 1909

Primipare de trente-six ans, née à terme de parents bien portants, vivants actuellement. N'a marché qu'à trois ans. Enfance chétive, début de scoliose à onze ans. N'a jamais été malade. Réglée à dix-neuf ans, régulièrement.

Accouchement. — Dernières règles du 17 au 20 février 1909. Entre à la Maternité, le 23 décembre 1909.

Présence d'albumine dans les urines, 3 grammes au tube d'Esbach.

En examinant cette femme, on constate :

Taille, 1 m. 30. Tête volumineuse. Bosses frontales saillantes; maxillaire inférieur saillant.

Membres inférieurs grêles, sans atrophie exagérée. Pas d'incurvation de fémurs, tibias en lame de sabre. Articu-

lations volumineuses. Membres supérieurs courts, incurvés légèrement, mains petites. Scoliose accentuée de la colonne vertébrale, à concavité dirigée à droite, allant des premières vertèbres dorsales à la troisième lombaire. Cyphose légère. Ensellure lombaire marquée.

Thorax diminué de hauteur, élargi dans le sens antéro-postérieur et transversalement. Sternum saillant.

Hanche droite plus élevée que la gauche.

Cicatrices d'abcès froids, à la partie antéro-externe de la cuisse droite et au sein gauche.

Ventre volumineux en obusier. Hauteur utérine, 35 centimètres. Fœtus facilement palpable. Dos à gauche. Tête non engagée. Rien à l'auscultation des poumons.

Au toucher. Utérus en antéversion, avec col très haut, ramolli, non effacé, non entre-ouvert.

Sacrum accessible sur toute sa hauteur, mais surtout au niveau de l'articulation de la deuxième et de la troisième sacrées, qui font saillie, puis de la première et de la deuxième sacrées. Promontoire plus difficilement accessible, 11 centimètres. Le sacrum, dans son ensemble, est un peu à droite de la ligne médiane.

La ligne innominée gauche est suivie facilement, jusqu'à son 1/3 inférieur, qui n'est pas perceptible. Du côté droit, on peut la suivre dans toute son étendue de l'aileron sacré au pubis. Elle fait saillie en dedans.

La partie droite du bassin, semble donc plus petite que la gauche, on y suit facilement du doigt le cotyle et les branches ischiatiques.

En résumé, bassin aplati, canaliculé, légèrement en entonnoir, avec asymétrie, sans qu'aucune de ces lésions,

puisse cependant, à première vue, rendre l'accouchement impossible par les voies naturelles.

Le 2 décembre. — Pose d'un ballon de Tarnier de 50 grammes, après dilatation du col aux bougies d'Hégar.

Les douleurs apparaissent, puis disparaissent le 3 décembre.

La poche des eaux est rompue, mais la tête n'a pas progressé, elle semble même défléchie.

Après avis de MM. Rudaux, Lepage, décide alors de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — Anesthésie chloroformique.

Incision médiane. Extériorisation de l'utérus. Piqûre d'ergotine. Incision de la paroi utérine. Compression du pédicule utérin. Extraction du fœtus.

Le placenta qui se trouvait inséré sur la paroi antérieure de l'utérus, est enlevé ainsi que les membranes.

Tamponnement à la gaze stérilisée.

Cinq points de suture profonds, à la soie, points superficiels également à la soie.

Assèchement de la cavité péritonéale. Suture de la paroi abdominale, au catgut, points artificiels aux crins.

Enfant. — Fille du poids de 2.700 grammes, crie dès sa naissance. Ne présente aucune malformation.

Suites opératoires. — 3 décembre. — Température 38 degrés. Pouls à 100. Pas de vomissements. État général satisfaisant.

4 décembre. — Température 38°6. Pouls à 104. Détamponnement.

5 décembre. — Température 38°8. Un frisson dans la journée. Injection intra-utérine à l'eau iodée. A minuit, nouveau frisson, la température est alors de 39°6. Miction spontanée dans la nuit.

6 décembre. — Température 37°8. Pouls à 100. Urines troubles et épaisses. Nombreux frissons. La malade ne se plaint pas, ni exitation, ni adynamie. Langue sèche. Facies bon. Injection intra-utérine iodée. Sérum artificiel et de Roux.

7 décembre. — Température 38°6. Pouls à 96. Urines troubles. (Réaction acide. Albumines. Pus en grande quantité, rares cellules épithéliales). M. Lepage fait le pansement. Pas de réaction péritonéale.

8 décembre. — Température 37°8. Urines moins troubles. Langue bonne. Les jours suivants, la température se maintient à 37 degrés. État général très bon. La malade sort le 26 décembre 1909, vingt-deux jours après l'intervention.

Indication opératoire. — Bassin annelé et asymétrique, sacrum accessible en entier. Primipare, âgée (trente-six ans), rachitisme très net.

Obs. VIII, n° 1.000, de 1909.

Marie D... vingt ans, primipare. Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques. A marché à treize mois.

Accouchement. — Vient consulter à la maternité de l'hôpital Boucicaut.

Dernières règles du 28 février au 4 mars. Présentation du sommet en gauche, transverse. Tête non engagée.

Taille 1 m. 36. Incurvation des membres inférieurs. Stigmates de rachitisme. Bassin retréci. Diamètre promonto-sous-pubien de 9 cm. 5

Revient à la maternité le 14 décembre, ayant eu des douleurs dans la nuit.

Mêmes constatations que précédemment. Tête débordant la symphyse. Col non effacé. Porte des eaux intacte.

M. Lepage décide de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — Anesthésie chloroformique.

Incision médiane de la paroi abdominale. Extériorisation de l'utérus. Champs placés pour protéger le péritoine.

Incision de la paroi utérine. Piqûre d'ergotine. Compression du segment inférieur. Écoulement sanguin assez abondant.

Extraction du fœtus. Décollement des membranes et du placenta, inséré sur la paroi postérieure de l'utérus.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Sutures profondes et superficielles de l'utérus à la soie.

Suture de la paroi abdominale.

Injection de 500 grammes de sérum.

Enfant. — Garçon, du poids de 3.850 grammes, qui crie aussitôt. Tête très ossifiée. Diamètre bi-temporal de 9 cm.5, bi-pariétal 10 centimètres.

Suites opératoires, 16 décembre. — Température 38°2. Pouls à 116. État général des plus satisfaisants. Détamponnement.

17 décembre. — Température 38 degrés. Pouls à 100. Miction spontanée. Aucun phénomène réactionnel.

Les jours suivants, la température ne dépassa jamais 38 degrés, pas de vomissements. Très belle cicatrice.

Mme D... quitte la maternité, en parfait état, le 4 janvier, dix-neuf jours après l'intervention. Enfant vivant.

Indication opératoire — Bassin rachitique, rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien de 9 cm. 5. Enfant volumineux. Tête très ossifiée (diamètre bi-pariétal de 10 cm.).

Obs. IX. — N° 165, de 1910.

Jeanne P..., vingt-deux ans. Primipare.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Ne sait pas à quel âge elle a marché. Réglée à quinze ans, régulièrement. Durée quatre jours. Dernières règles du 8 au 12 juillet 1909. Apparition des mouvements actifs au milieu de décembre.

Accouchement. — Entre à la maternité le 28 avril 1910, à 8 h. 45 du matin, venant de la maternité de Port-Royal où elle était depuis le 23 avril ayant éprouvé le 22 avril des douleurs qui lui faisaient penser qu'elle allait accoucher.

26 avril. — A cinq heures de l'après-midi les douleurs ont repris, mais beaucoup plus fortes toutes les cinq minutes.

Présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche.

Bruits du cœur fœtal bons à 130. Poche des eaux intacte.

Elle reste à la salle de travail toute la journée du 27. Les bruits du cœur fœtal fréquemment auscultés sont bons à 137 et 135. A 8 heures du matin, dilatation d'une petite paume de main.

A 9 h. 1/4 du matin le 28 avril, M. le Dr Lepage et M. le Dr Rudaux examinent la femme. Tête haute débordant la symphyse pubienne, mobile. A ce moment la poche des eaux se rompt spontanément donnant issue à 300 grammes environ de liquide louche verdâtre.

Sacrum plat, promontoire non accessible. Les bruits du cœur se modifient et tombent à 90.

M. le Dr Lepage décide alors de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — Anesthésie chloroformique à l'appareil de Ricard. L'opération est faite suivant la méthode habituelle.

Extériorisation de l'utérus. Placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus. Hémorragie très peu abondante. Compression des pédicules vasculaires.

Tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée. Suture de l'utérus à la soie. Points séparés. Suture du péritoine en surjet. Paroi abdominale suturée en surjet en un plan au-dessus de l'ombilic. En deux plans au-dessous de l'ombilic. Crins sur la peau.

Durée totale de l'opération : quarante minutes.

Enfant. — Fille à terme, poids 4.060 grammes, longueur 51 centimètres. Circonférence de la tête 36 cm. 5 × 30. Biparietal de 9 cm. 6. Né étonné, ranimé au bout de quelques instants. Pas de déformations de la tête.

Suites opératoires. — 29 avril. — Température 37° 4. Pouls 88. État général satisfaisant. Miction spontanée.

30 avril. — Température 38° 2. Pouls à 100. Pas de douleurs abdominales, pas de vomissements, état général bon.

1er mai. — Température 37° 4. Pouls à 120. La malade est agitée, délire. Subictère des conjonctives.

2 mai. — Température 37° 4. Pouls à 120. La malade est toujours agitée. On enlève les mèches vaginales et utérines.

3 mai. — Température 39 degrés. Pouls à 140. M. le Dr Lepage fait le pansement, la plaie est en bon état.

La malade est un peu moins agitée, mais ne reconnaît personne.

4 mai. — Température 38° 4. Pouls à 108.

La malade a une selle très abondante. Elle est encore très agitée. Délire.

5 mai. — Température 39° 4. Pouls à 120. La malade est

plus calme, ne délire plus, reconnaît facilement les personnes qui l'entourent.

6 mai. — Température 37° 4. Pouls à 88.

La malade a toute sa connaissance. Présente encore un peu de subictère. Mais n'est nullement agitée.

Les jours suivants, les suites opératoires sont absolument afébriles. Température constamment à 37 degrés. On enlève les points de suture le 7 mai, neuf jours après l'intervention.

Mme P... sort en parfait état le 22 mai 1910. Enfant vivant.

Cicatrice très belle, d'une longueur de 20 centimètres.

Indications opératoires. — Bassin rétréci. Sacrum plat. Enfant volumineux (4.060 gr.) (bi-pariétal, 9 cm. 6). Souffrance du fœtus et défaut d'engagement de la tête.

Obs. X, n° 713 de 1910 (résumée).

Observation ayant fait l'objet d'une communication de M. Lepage à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie, le 12 décembre 1911.

Césarienne itérative. Ablation de l'utérus pour bassin oblique ovalaire.

Cette opération ne rentrant pas dans le cadre de notre thèse, qui a pour objet la césarienne conservatrice, nous la mentionnons cependant au point de vue statistique et résultats opératoires :

Aucune élévation de température dans les suites de couches. Pas de vomissements, miction spontanée. La mère et l'enfant sortent en très bon état, dix-neuf jours après l'intervention.

Obs. XI, n° 144 de 1911.

Clémence B..., vingt-deux ans, primipare.

marché à quatorze mois. Règles à quatorze ans, régulières, durée six jours.

Femme de petite taille (1 m. 38). Pas de stigmates de rachitisme.

Accouchement. Premières règles du 14 au 20 avril 1910. Mouvements actifs perçus au milieu du quatrième mois.

Vient à la maternité de Boucicaut le 5 février à 8 h. 15 du soir, elle souffre depuis le 4 février, 3 heures du soir.

On constate une dilatation de 2 francs, membranes intactes. Tête élevée mobile au détroit supérieur. Présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite. Bruits du cœur bons.

Au toucher, angle sacro-vertébral haut. Diamètre promonto-sous-pubien de 10 cm. 5. Sacrum plat. Par le toucher combiné au palper, la tête ne semble pas déborder la symphyse pubienne, quand on l'applique sur le détroit supérieur. Cette tête est très ossifiée, les sutures sont étroites. Il semble que la tête pourrait s'engager.

Toute la nuit la femme a des contractions énergiques.

A 1 heure du matin la poche des eaux se rompt spontanément, liquide clair. La tête s'engage un peu. Bruits du cœur bons.

6 février, à 8 heures du matin. — Température 39 degrés. La tête est maintenant fixée en droite postérieure, débordant la symphyse. Les bruits du cœur fœtal sont bons, à 148. Dilatation de 5 francs.

A 9 heures du matin, M. le Dr Lepage examine la femme, fait les mêmes constatations que précédemment, et jugeant une intervention nécessaire, décide de faire une opération césarienne immédiate.

Opération. — Anesthésie chloroformique avec l'appareil

de Ricard. Longue incision remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Extériorisation de l'utérus.

Précautions habituelles prises pour protéger la cavité péritonéale.

Incision de l'utérus. Le placenta est inséré sur la face postérieure de l'utérus.

L'hémorragie est assez abondante. Compression manuelle des pédicules vasculaires. Décollement des membranes facile. Tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée. Suture de la paroi utérine, 5 points profonds non perforants, au catgut chromé n° 3, entre ces points, points superficiels au catgut. Points séro-séreux.

Pas de suintement sur la section utérine.

Suture de la paroi abdominale suivant la technique habituelle. Durée totale de l'opération : cinquante minutes.

Enfant. — Garçon du poids de 3.450 grammes. Longueur 52 centimètres. Circonférence de la tête 34×37. Diamètre bi-pariétal 9 cm. 5. Né étonné, et ranimé au bout de deux minutes. Présente une bosse séro-sanguine volumineuse siégeant sur le pariétal gauche. Le pariétal droit chevauche sur le pariétal gauche. Tête ossifiée.

Suites opératoires. — 6 février. — Dans la soirée la femme est agitée. Très altérée. Elle perd un peu de sang par le vagin. Température 37 degrés. Pouls à 140.

7 février. — Température 37°4. Pouls à 100.

Un vomissement aqueux. Miction spontanée. Un peu de subictère.

8 février. — Nuit très bonne. La malade n'est nullement agitée. Pas de vomissements. Température 36°8. Pouls à 96.

9 février. — Température 37 degrés. Pouls à 96. État général très satisfaisant. Selle normale.

Les suites opératoires sont absolument satisfaisantes, dans les jours suivants. La température ne dépasse pas 37 degrés. On enlève les points de suture le huitième jour après l'intervention.

La femme sort en excellent état le 26 février 1911, vingt jours après l'opération. Enfant vivant.

Indications opératoires. — Bassin rétréci. Promonto-sous-pubien 10 cm. 5. Sacrum plat. Tête très ossifiée ne progressant pas.

Obs. XII, n° 177, de 1911.

Mme W..., trente-deux ans. Entrée le 13 février.

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse. Scarlatine étant enfant. A marché à quatorze mois. Règles à douze ans, régulières, durée cinq jours.

Premier accouchement en 1908, à terme, extraction de l'enfant par application de forceps difficile. Hémorragie de la délivrance. Enfant mort une heure après l'accouchement.

Deuxième accouchement en décembre 1908. Expulsion prématurée de cinq mois. Causes inconnues.

Troisième accouchement, 1909, à la maternité de Boucicaut. Siège volumineux, à terme. Extraction par la manœuvre de Mauriceau. Enfant mort le lendemain après avoir présenté des symptômes de paralysie.

Dernières règles du 10 au 14 mai. Mouvements actifs perçus au début de septembre.

Accouchement le 13 février, quelques douleurs dans la matinée.

On constate une présentation de l'extrémité céphalique, tête non engagée en gauche transverse. Au toucher, col long, perméable. Contractions rares. Poche des eaux intacte.

M. le Dr Lepage examine la femme à 5 heures. Il constate une dilatation presque complète. Poche des eaux rompue. Tête très haute et très ossifiée débordant la symphyse.

Se basant sur le gros volume de l'enfant, sur les difficultés des accouchements antérieurs, et également sur le désir très vif exprimé par la femme d'avoir un enfant vivant, M. le Dr Lepage décide de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — Anesthésie chloroformique. Appareil de Ricard.

Incision de la paroi abdominale. Extériorisation de l'utérus. Placenta inséré sur la face antérieure de la cavité utérine.

Extraction du placenta, décollement des membranes.

Hémorragie assez abondante, malgré la compression des pédicules vasculaires. Sur la tranche droite, un gros sinus donne du sang en abondance.

Tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée.

Suture de la paroi utérine.

Quatre points profonds non perforants au catgut chromé.

Points intermédiaires. Points séro-séreux.

Suture de la paroi abdominale.

Durée totale de l'opération : une heure.

Enfant. — Garçon du poids de 5.030 grammes. Longueur totale 50 centimètres. Circonférence de la tête 33 × 35. Bi-pariétal de 9 cm. 8. Diamètre bi-acromial de 13 cm. 8. Crie aussitôt.

Suites opératoires. — 14 février 1911. — Température 37°2. Pouls à 96. État général des plus satisfaisants. Miction spontanée. Pas de vomissements.

15 février 1911. — Température 37 degrés. Pouls à 88. État général bon. Pas de réaction péritonéale.

20 février 1911. — Température 37 degrés. Pouls à 96. M. le Dr Lepage enlève les fils. Légère réaction à la partie supérieure de la plaie.

Les suites de couches se maintiennent absolument fébriles.

On pratique la radiographie, qui montre un bassin normal. Mme W... sort de la maternité en excellent état le 7 mai 1911. Enfant vivant.

Indication opératoire. — Excès de volume du fœtus. Tête très ossifiée. Accouchements précédents suivis de mort du fœtus.

Obs. XIII. — N° 914, de 1911.

Mme B..., trente-cinq ans. Deuxième accouchement. Entrée le 11 août.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

Réglée à 15 ans régulièrement, durée des règles : huit jours.

Ignore l'âge où elle a marché.

En 1898. — Accouchement à terme.

Dernières règles du 9 au 14 novembre 1910.

Mouvements actifs, 15 avril 1911.

Accouchement. — Est venue consulter à la maternité de Boucicaut, parce qu'elle n'urine pas, est alors enceinte de deux mois et demi.

M. le Dr Lepage réduit sous chloroforme une rétroversion de l'utérus, cause de cette rétention d'urine. La malade est gardée huit jours à la maternité.

Vient consulter à la maternité de nouveau, le 20 juillet.

Examinée par M. le Dr Lepage qui diagnostique une présentation céphalique très mobile au-dessus du pubis et faisant saillie.

Le 11 août 1911 à 5 h. 1/2 au matin ayant quelques contractions douloureuses et perdant un peu d'eau, la parturiente vient à Boucicaut. On constate à ce moment un utérus remontant à 30 centimètres au-dessus du pubis, ayant une forme de cœur. Au-dessus du pubis il existe une très forte saillie faite par la tête qui semble avoir fait développer la paroi antérieure de l'utérus seulement.

Il n'y a aucune dilatation. Le col est très dévié en avant et plaqué derrière la symphyse pubienne.

A 8 h. 30 du matin, le 11 août, la dilatation est de 50 centimes. La poche des eaux est rompue, il s'écoule un liquide verdâtre, fétide.

M. le Dr Rudaux pratique le toucher et fait le diagnostic de présentation de la face, non engagée, débordant la symphyse. Les contractions sont très rapprochées, la tête n'a aucune tendance à s'engager. M. le Dr Rudaux craint une rupture utérine, et décide de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — Anesthésie chloroformique avec l'appareil de Ricard. Technique habituelle. Extériorisation de l'utérus.

Incision de la paroi utérine. Placenta inséré sur la face

postérieure de l'utérus. Hémorragie peu abondante, compression des pédicules vasculaires.

Nettoyage de la cavité utérine, avec une compresse imbibée de teinture d'iode

Tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée.

Suture de la paroi utérine, à la soie.

Surjet péritonéal au catgut. Drainage de la cavité abdominale

Durée totale de l'opération : une heure.

Enfant. — Garçon du poids de 2.760 grammes, longueur 49 centimètres. Bi-pariétal de 9 centimètres. Les lèvres sont tuméfiées et violacées, la langue fait saillie hors des arcades dentaires. Désobstruction des voies respiratoires. Crie au bout de quelques instants. Meurt deux jours après.

Suites opératoires. — 12 août. — Température 38°87. Pouls à 96.

Bon état général. Plaie abdominale a un très bel aspect. Aspiration par le drain d'environ 50 grammes de sérosité. On maintient le drain.

13 août. — Température 38°6. Pouls à 100. Douleurs abdominales. Météorisme, nausées, vomissements. Symptômes de réaction péritonéale. Faciès grippé.

14 août. — Température 37°4. Pouls à 88. La femme a bien dormi. Les vomissements ont disparu. Pouls plein et régulier. Plus de météorisme des anses intestinales. Abdomen non douloureux.

On enleve le drain assez volumineux, et on le remplace par un drain de plus faible dimension.

Les suites opératoires sont absolument normales, pas de

température. On enlève les points de suture le 19 août (huit jours après l'opération).

Mme B... sort en parfait état, le 8 septembre 1911.

Elle présenta l'année suivante des accidents abdominaux, qui nécessitèrent une laparatomie avec ablation de l'utérus et des annexes, pratiquée dans le service de chirurgie de Boucicaut,

Indication opératoire. — Présentation de la face non engagée. Menace de rupture utérine.

Obs. XIV n° 1263 de 1911.

Mme C..., trente-deux ans, un accouchement à terme. Entrée le 17 novembre.

Antécédents personnels. — A marché tôt, à neuf mois, et de façon normale jusqu'à l'âge de treize ans, où elle a commencé à boiter. Coxalgie gauche, immobilisée dans un plâtre pendant quatorze mois. Actuellement légère boiterie. A eu à vingt-deux ans une néphrite, actuellement guérie. Réglée à dix-sept ans régulièrement, durée six jours.

A fait en janvier 1908, une fausse couche de deux mois, cause inconnue.

En juin 1909, accouchement à terme, travail de cinq jours, terminé par une application de forceps, sous chloroforme. Fille vivante, présentant de multiples contusions et plaies de la face. Morte quatre jours après l'accouchement.

En mai 1910, fausse couche de trois mois et demi. Cause inconnue.

Dernières règles datant du 30 janvier au 3 février 1911. Mouvements actifs au commencement de juin.

Hauteur utérine de 33 centimètres. Pas d'albumine dans les urines.

Accouchement. — Est venue pendant le cours de sa grossesse consulter deux fois à la maternité de Boucicaut, le 9 juin 1911 et le 6 octobre.

Actuellement, on constate à l'examen du squelette une faible diminution de volume, et un allongement apparent du membre inférieur gauche.

A la mensuration on trouve :

Circonféreuce de la cuisse à la partie moyenne : cuisse droite, 48 cm. 1/2 ; cuisse gauche, 47 centimètres.

Circonférence de la jambe à la partie moyenne : jambe droite, 33 cm. 1/2 ; jambe gauche, 33 centimètres.

Longueur du membre inférieur droit. Mesure de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sommet de la malléole externe, 84 centimètres ; du membre inférieur gauche, 83 centimètres.

Il y a ascension marquée de l'os iliaque gauche. L'épine-iliaque antérieure et supérieure gauche et l'épine iliaque droite, forment une ligne nettement oblique en haut et à gauche.

Ensellure lombaire. Pas de scoliose de compensation.

L'examen radiographique ne donne pas de résultats nets.

Présentation de l'extrémité céphalique, tête mobile tendant à fuir vers la fosse iliaque gauche. Dos à droite. Bruits du cœur fœtal bons.

17 novembre. — A 2 heures du matin, violentes contractions douloureuses. Péradon touche la femme et constate une dilatation de 5 francs. Poche des eaux tombant dans le vagin.

A 8 heures 45 du matin la poche des eaux se rompt spontanément.

A 9 heures, M. le Dr Lepage examine la femme et trouve la tête mobile, volumineuse, paraissant très ossifiée; au toucher angle sacro-vertébral saillant. Diamètre promonto-sous-pubien de 9 cm. 9. Tête inclinée sur le pariétal postérieur, chevauchement des pariétaux.

Se basant sur le résultat du précédent accouchement à terme (forceps et enfant mort) et sur le rétrécissement du bassin, ne paraissant pas permettre l'engagement d'une tête volumineuse et très ossifiée, il décide de pratiquer l'opération césarienne immédiate.

Opération. — Anesthésie chloroformique à l'appareil de Ricard par M. Péradon.

Incision de 25 centimètres environ de la paroi abdominale.

Extériorisation de l'utérus.

Placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus.

Extraction simultanée de l'enfant et du placenta.

Hémorragie assez abondante. Compression manuelle des pédicules vasculaires, par M. le Dr Rudaux.

L'utérus se rétracte lentement.

Drain dans la cavité utérine.

Suture de l'utérus suivant la technique habituelle.

Mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

Durée totale de l'opération : cinquante minutes.

Enfant. — Fille du poids de 3.850 grammes. Longueur 50 cm. 1/2. Circonférences de la tête 35 × 31. Bi-pariétal de 9 centimètres. Nait étonnée. Désobstruction des voies respiratoires. Crie aussitôt. Bosse séro-sanguine sur le pariétal gauche. Chevauchement considérable des pariétaux.

Suites opératoires. — 17 novembre. — Midi. Température 37°8. Pouls à 120.

La femme est pâle, agitée. Elle perd dans l'après-midi un peu de sang par la vulve.

18 novembre. — Température 38°4. Pouls à 120. État général satisfaisant. Quelques gaz, avec la sonde rectale. Miction spontanée.

19 novembre. — Température 38°6. Pouls à 116. Bon état général. Gaz et miction spontanée.

20 novembre. — Température 38 degrés. Pouls à 112. Bonnes garde-robes. Pas de vomissements. Bons symptômes généraux.

22 novembre. — Température : 37°6. Pouls à 100.

On enlève les points de suture. Cicatrice abdominale de 17 centimètres.

L'état général se maintient excellent dans les jours suivants. M. le Dr Lepage examine Mme C... le jour de son départ, le 13 décembre 1911, et constate un utérus bien revenu sur lui-même, caché derrière la symphyse pubienne.

Enfant vivant, en bon état.

Indication opératoire. — Bassin coxalgique. Promonto-sous-pubien de 9 cm. 9.

Travail ne progressant pas. Tête très ossifiée.

Obs. XV, n° 134 de 1912.

Assunta J..., trente ans, secondipare, entre le 3 février 1912.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, ne se rappelle pas l'âge où elle a marché.

Règles à quatorze ans, régulières, durée quatre jours.

En 1910, accouchement à terme, présentation du siège, enfant mort.

Dernières règles du 29 avril au 2 mai 1911.

Mouvements actifs perçus en septembre 1911.

Accouchement. — Vient consulter à plusieurs reprises à la maternité de Boucicaut.

14 octobre 1911. — On pose le diagnostic de rétrécissement du bassin. Pas d'albumine dans les urines.

25 novembre 1911. — Pas d'albumine.

9 décembre 1911. — Nuage d'albumine. Hauteur utérine 29 centimètres.

29 janvier 1911. — M. le Dr Lepage fait une version par manœuvres externes, pour présentation du siège.

Urines normales. M. le Dr Lepage décide de faire une opération césarienne au moment opportun.

La parturiente entre à la Maternité le 3 février 1911.

Présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche. Hauteur de l'utérus 36 centimètres.

5 février. — M. le Dr Lepage décide d'examiner la femme sous le chloroforme.

Au toucher, il constate que l'angle est élevé, accessible. Le diamètre promonto-sous-pubien de 10 cm. 5. Le col présente du côté gauche une cicatrice de déchirure assez étendue qui intéresse également les parties molles environnantes. Le toucher permet également de constater une insertion basse du placenta.

Se basant sur ces constatations, MM. les Drs Lepage et Rudaux décident de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — Poche des eaux intacte.

Incision de la paroi abdominale sur une longueur de 18 cen

timètres. Champ opératoire protégeant la cavité péritonéale après extériorisation de l'utérus.

Incision verticale et médiane du corps utérin sur la paroi antérieure, allant du fond de l'utérus à environ 2 centimètres du segment inférieur.

Extraction de l'enfant. Liquide amniotique opalescent. Placenta inséré bas, sur la face postérieure de l'utérus. Hémorragie peu abondante. Compression manuelle à la base des ligaments larges.

L'utérus se rétracte bien.

Drain dans la cavité utérine.

Suture de la paroi utérine au catgut, suivant la technique habituelle. Surjet péritonéal.

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Durée totale de l'opération 45 minutes.

Enfant. — Garçon du poids de 3.700 grammes. Longueur 49 cm. 8.

Circonférence de la tête 35 × 36. Diamètre bi-pariétal de 10 cmc. 3. L'enfant crie aussitôt.

Suites opératoires. — 5 février 1912. — Température 37°4. Pouls à 104.

État général satisfaisant. La femme ne perd pas de sang.

6 février. — Température 37°6. Pouls à 120.

État général bon. Miction spontanée.

7 février. — Température 38 degrés. Pouls à 102.

Langue bonne, humide. Constipation opiniâtre. Pas d'écoulement de sang.

8 février. — Température 37°4. Pouls à 96.

On enlève le drain utérin. Mèche iodoformée dans le vagin.

État général satisfaisant, un peu d'agitation.

9 février. — Température 37°2. Pouls à 88.

Deux vomissements aqueux. L'état général se maintient très bon.

10 février. — Température 37 degrés. Pouls à 84.

Paroi souple, de coloration normale. On enlève les points de suture. Cicatrice de 14 centimètres.

Urines foncées, riches en phosphates. Selles normales.

Les suites de couches se maintiennent afébriles dans les jours suivants, M. J..., quitte la Maternité le 26 février 1912, en parfait état. Enfant en très bon état.

Indications opératoires. — Rétrécissement du bassin. Angle accessible. Promonto-sous-pubien de 10 cm. 5. Insertion basse du placenta.

Tête volumineuse, ayant un bi-pariétal de 10 cm. 3.

Obs. XVI, n° 323 de 1912.

B..., primipare, entrée le 14 mars.

Antécédents personnels. — Bronchite à quatorze ans.

A commencé à marcher à huit mois.

Règles à dix-sept ans et demi, abondantes, non douloureuses, régulières, durée sept jours. Taille 1 m. 32. Stigmates nombreux de rachitisme.

Dernières règles du 11 au 18 mai.

Apparition des mouvements actifs au mois d'octobre.

Accouchement. Vient consulter à la maternité à deux reprises, en septembre et en octobre 1911. Traces d'albumine dans les urines.

M. le Dr Lepage examine la femme. Diamètre promonto-sous-pubien de 10 cm. 1. Tête déborde la symphyse pubienne. Hauteur de l'utérus 36 centimètres.

Présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche. Bruits du cœur fœtal bons.

Pas de douleurs, pas de début de travail.

26 mars. — M. le Dr Lepage décide de pratiquer l'opération césarienne avant tout début de travail.

Opération. — Anesthésie à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne.

Incision de la paroi abdominale sur une longueur de 18 centimètres, dont le milieu correspond à l'ombilic, le contournant à gauche. Paroi très mince.

Extériorisation de l'utérus. Protection de la cavité péritonéale par un champ opératoire.

Incision de l'utérus un peu à gauche de la ligne médiane On tombe sur le placenta inséré avec la face antérieure de l'utérus.

Extraction de l'enfant. Décollement des membranes. Extraction du placenta. Compression mamelle du pédicule vasculaire. Hémorragie peu abondante.

Drain dans l'utérus. Suture de la paroi utérine par :

1° Une série de points au catgut, prenant toute l'épaisseur de la paroi ;

2° Une série de points intermédiaires ;

3° Un surjet péritonéal au catgut.

Suture de la paroi abdominale par :

1° Surjet péritonéal ;

2° Points séparés au catgut ;

3° Crins cutanés.

Pas de drainage abdominal.

Durée totale de l'opération, cinquante minutes.

Enfant. — Fille du poids de 2.850 grammes. Longueur

45 centimètres. Circonférence de la tête 32 × 34. Bi-pariétal de 9 cm. 5. Tête très ossifiée. Née étonnée, ranimée au bout de quelques instants.

Suites opératoires. — 27 mars. — Température 38 degrés. Pouls à 120.

Pas de vomissements. Deux mictions spontanées. Gaz. État général très satisfaisant.

28 mars. — Température 38 degrés. Pouls à 116.

La malade a très bien dormi. Pas d'agitation. État général très bon.

29 mars. — Température 38 degrés. Pouls à 108.

Vomissement de bile. La malade est très calme. On enlève le drain utérin.

30 mars. — Température 37°4. Pouls à 108.

L'état général continue à être des plus satisfaisants.

2 avril. — M. le Dr Lepage enlève les points de suture, les suites opératoires continuent à être excellentes, sans poussées de fièvre. Longueur de l'incision, 14 centimètres.

La malade sort le 17 avril 1913, en parfait état.

Indication opératoire. — Retrécissement du bassin. Diamètre promonto sous-pubien, 10 cm. 1. Tête débordant la symphyse.

Obs. XVII, n° 913 de 1912.

Observation incomplètement prise, ne donnant que quelques rares renseignements, au point de vue indications, technique et suites opératoires.

Mme L. C..., trente et un ans. Pas d'antécédents héréditaires. N'a jamais été malade.

Opération césarienne en septembre 1905, par M. le professeur Ribemont-Dessaignes.

Entrée à la maternité de Boucicaut le 4 août 1912.

Dernières règles du 29 octobre au 2 novembre 1911

Présentation du sommet en gauche transverse. Tête mobile.

Hauteur utérine 38 centimètres.

Membre inférieur droit présente de l'atrophie musculaire généralisée. Malformations osseuses, rotuliennes, tibiales et fémorales. Réflexes gauches abolis.

Angle facilement accessible. Diamètre promonto-sous-pubien de 8 cm. 6.

Opération césarienne, le 16 août 1912. Opérateurs : MM. Rudaux et Willette.

Fille vivante, pesant 3.250 grammes, pas de malformation.

Diamètre bi-pariétal de 9 cm.2.

C... sort de la maternité en très bon état le 8 septembre, vingt-trois jours après l'intervention.

Obs. XVIII, n° 1262 de 1912.

J..., trente ans. Un accouchement à terme le 10 avril 1911, à l'hôpital Boucicaut (observation n° 412). Application de forceps. Enfant mort pendant le travail.

Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques.

Accouchement. — Vient consulter à la maternité le 3 octobre 1912. Fœtus vivant en O. I. G. T., tête élevée débordant la symphyse.

Dernières règles du 23 au 28 janvier 1912.

Promontoire accessible, mais haut.

Entre à la maternité le 14 octobre 1912, examinée sous

chloroforme par M. Lepage qui trouve un premier angle accessible de 10 cm. 2, et un second à 11 cm. 4. Sacrum plat. Le bassin est rétréci transversalement. Tête débordant la symphyse.

Le col de l'utérus est plaqué contre la paroi latérale gauche de l'excavation, sans inclinaison considérable du corps de l'utérus à gauche. M. Lepage pense à la possibilité d'un placenta prævia. Il décide de pratiquer l'opération césarienne le 15 octobre, la femme commençant à perdre du sang.

Opération. — Anesthésie chloroformique.

Incision médiane de la paroi abdominale.

Extériorisation de l'utérus. On place deux pinces de Museux sur les lèvres de l'incision abdominale. Protection du péritoine par des compresses stérilisées.

Incision de la paroi utérine, un peu haut, vu la situation présumée du placenta.

Injection d'ergotine.

Écoulement sanguin assez abondant.

A l'ouverture de la cavité utérine, on la surprise de constater que l'œuf est complètement teinté en vert par le méconium, l'enfant ayant dû souffrir.

Comme l'avait fait prévoir l'examen clinique, on se trouvait en présence d'une insertion basse du placenta.

Extraction du fœtus. Décollement du placenta et des membranes.

Tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée.

Suture de l'utérus au moyen de trois plans. Le premier plan réunissant les deux lèvres de l'incision en passant au-dessous de la muqueuse, le deuxième plan passant au-dessous

de la séreuse, le troisième plan constitué par un surjet réunissant les deux feuillets du péritoine.

Suture de la paroi abdominale. Agrafes de Michel.

Durée totale de l'opération : trente-cinq minutes.

Enfant. — Garçon du poids de 3.140 grammes. Né étonné, ranimé rapidement. Tête ayant subi un commencement de réduction. Pariétal droit chevauchant le pariétal gauche. Diamètre bi-pariétal de 9 cm. 5.

Suites opératoires. — 16 novembre. — Température 38 degrés. Pouls à 120. Détamponnement. Émission de gaz. La malade est calme. Insomnie persistante.

17 novembre. — Température 38 degrés. Pouls à 118. État général satisfaisant. Miction spontanée.

La température ne dépasse pas 38 degrés, dans les jours suivants. Très bon état général.

Mme J... quitte la maternité le 8 décembre 1912, vingt-trois jours après l'intervention. Enfant en très bon état.

Indication opératoire. — Rétrécissement du bassin, avec faux promontoire. Insertion basse du placenta. Enfant mort au cours du travail, lors d'un précédent accouchement.

Obs. XIX. — N° 1302 de 1912.

Mme S..., trente-six ans. Troisième accouchement. Entrée le 30 octobre.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. A marché à quatorze mois. Règles à seize ans, régulières, durée deux à trois jours.

Accouchement prématuré de sept mois en 1903. Fille vivante.

Accouchement à terme en 1904, à l'hôpital Boucicaut.

Enfant mort pendant le travail. Cinq applications de forceps sans résultat. Basiotripsie.

Dernières règles du 11 au 13 février 1912.

Mouvements actifs perçus au quatrième mois.

Accouchement. — Vient consulter à plusieurs reprises à la Maternité de Boucicaut.

6 juillet 1912. — Fœtus mobile. Bruits du cœur fœtal perçus. Hauteur utérine 16 centimètres.

20 juillet. — Fœtus mobile. Enfant vivant.

31 août. — Siège mobile. Hydramnios. Hauteur utérine 32 centimètres.

28 octobre. — Présentation de l'épaule. Hauteur utérine 37 centimètres. Diagnostic de rétrécissement du bassin.

30 octobre. — Entre à la maternité de l'hôpital Boucicaut.

1er novembre. — Version par manœuvres externes.

4 novembre. — La version n'a pas donné de résultat. Tête mobile dans la fosse iliaque gauche.

22 novembre. — M. le Dr Lepage examine la femme sous-anesthésie chloroformique.

Diamètre promonto-sous-pubien de 10 cm. 4. Angle sacro-vertébral très haut.

Dans la nuit du 22 au 23 novembre, la malade commence à souffrir, les douleurs s'accentuent vers 7 heures du matin, elle perd du liquide teinté de sang.

A 10 heures du matin, M. le Dr Lepage examine la malade et après quelques hésitations, car le bassin est peu rétréci, mais tenant compte du dernier accouchement (basiotripsie sur enfant mort) de la présentation vicieuse, et du vif désir manifesté par la femme d'avoir un enfant vivant, décide de pratiquer immédiatement l'opération césarienne.

Opération. — Incision de la paroi abdominale.

Extériorisation de l'utérus. Manœuvre rendue difficile par la forme de l'utérus qui est développé transversalement. Protection de la cavité péritonéale par un champ opératoire.

Incision de l'utérus.

Placenta inséré en avant. Décollement de membranes assez adhérentes. Tamponnement de l'utérus avec de la gaze iodoformée.

Compression manuelle de la base de l'utérus. Hémorragie assez considérable.

Suture de l'utérus suivant la technique habituelle. Suture de la paroi abdominale.

Durée totale de l'opération : quarante-sept minutes.

Enfant. — Garçon du poids de 3.730 grammes. Longueur 52 centimètres. Circonférences de la tête 39 × 35. Bi-pariétal de 10 cm. 2. Tête très ossifiée. Crie aussitôt.

Suites opératoires. — 23 novembre. — Température 38 degrés. Pouls à 120.

La malade repose assez tranquillement.

24 novembre. — Température 38°8. Pouls 124.

Deux mictions spontanées ; rend des gaz.

On détamponne la malade. Pas de pertes de sang.

25 novembre. — Température 38°4. Pouls à 104.

Constipation opiniâtre. Pas de vomissements.

26 novembre. — Température 37°6. Pouls à 96.

Ventre ballonné, nons douloureux. La malade est calme.

27 novembre. — Température 37°4. Pouls à 88.

Bon état général.

28 novembre. — Température 37°4. Pouls à 80.

Herpès de la lèvre inférieure gauche.

Crevasses des seins très douloureuses.

29 novembre. — Température 37°2. Pouls à 80.

M. le Dr Lepage enlève les agrafes de Michel.

Suites de couches normales jusqu'au 8 décembre, où la malade présente une élévation de température : 38°2. Pouls à 100. Elle se plaint de douleurs dans la jambe gauche.

9 décembre. — Température 38°4. Pouls à 100.

Les douleurs ont augmenté. La jambe gauche est augmentée de volume, présente un œdème douloureux.

10 décembre. — Température 39 degrés. Pouls à 116.

Douleurs persistantes. Par de modifications sensibles de volume du membre inférieur gauche.

11 Décembre. — Température 38°. Pouls 96. La malade a beaucoup souffert dans la nuit. Surtout au niveau du genou gauche, et de la région antéro-externe de la jambe.

13 décembre. — Température 38°6. Pouls à 100. Le membre inférieur gauche est beaucoup augmenté de volume. L'œdème est marqué, surtout à la face antéro-externe de la jambe.

La phlébite gauche suit son cours normal, diminuant progressivement jusqu'au 21 Décembre, où nous notons une nouvelle élévation de température 38°4. Pouls à 100. Douleurs dans le membre inférieur droit. Très léger œdème.

23 décembre. — Température 30 degrés. Plouls à 108. Douleurs persistantes sur le trajet de la saphène interne. Œdème blanc douloureux.

Dans la suite, la malade présentera, le 24 décembre, une légère hémoptysie, avec point de côté à droite, vraisemblablement dus à une embolie pulmonaire.

10 janvier. — La température était redevenue normale

pendant les jours précédents; on constate un peu d'œdème de la jambe gauche et un peu d'hydarthrose. Le membre inférieur droit est toujours œdematié.

Massage. Electricité. La malade sort guérie le 7 février 1913.

Enfant vivant, en bon état.

Indications opératoires. — Rétrécissement du bassin. Présentation de l'épaule.

Obs. XX, n° 53, de 1913.

Observation incomplète au point de vue de la technique opératoire.

Mme C... primipare, vingt-cinq ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Paralysie à l'âge de cinq ans. Plusieurs abcès froids.

Vient à la maternité de Boucicaut, le 14 janvier à 8 heures du matin, en douleurs depuis la veille.

La date des dernières règles ne peut être précisée par la femme. Présentation du sommet, en position gauche, variété antérieure. Tête débordant la symphyse, mobile.

Taille 1 mètre 40. Dents d'Hutchinson. Voûte du palais ogivale. Cicatrices d'abcès froids du sternum. Promontoire non accessible. M. Lepage, par le diagnostic du bassin, limite et décide de pratiquer l'opération césarienne immédiate.

Poche des eaux intacte, dilatation de 50 centimes.

Opérateurs : MM. Lepage et Rudaux.

Garçon vivant, du poids de 3140 grammes, diamètre bi-pariétal de 8 centimètres 8.

Suites opératoires. — 14 janvier. — Température 38 degrés. Pouls à 100. Miction spontanée, urines troubles.

15 janvier. — Température 38°4. Pouls à 100. Etat général satisfaisant. Emission de gaz.

L'observation ne mentionne pas par la suite l'état journalier de la femme. Pas d'élévation de température supérieure à 38 degrés.

Mme C..., sort de la Maternité le 5 février 1913, 23 jours après l'intervention, en très bon état.

Indication opératoire. — Rachitisme, bassin limite.

Obs. XXI, nº 60 de 1913.

M. L..., vingt-cinq ans, primipare. Pas d'antécédents héréditaires, ou pathologiques.

Vient à la consultation de la Maternité le 13 avril 1913.

Dernières règles du 13 au 16 avril 1912.

Hauteur utérine 36 centimètres. Présentation du sommet en gauche transversale.

Tête très mobile, non engagée, débordant la symphyse ; semblant être soulevée par le placenta inséré en arrière et bas.

Faux promontoire accessible, distant du sous-pubis de 9 cent. 5. L'angle sacro-vertébral n'est pas accessible.

La femme est mise au dortoir des femmes enceintes

16 janvier 1913. — La poche des eaux se rompt spontanément.

Pas de contractions.

M. Rudaux décide de pratiquer l'opération césarienne.

Opération. — Anesthésie chloroformique.

Incision médiane de la paroi abdominale.

Extériorisation de l'utérus. Champ opératoire protégeant le péritoine. Piqûre d'ergotine.

Incision de la paroi utérine. Placenta inséré sur la paroi antérieure de l'utérus. M. Rudaux le décolle partiellement et le refoule, Extraction du fœtus par un pied.

M. Rudaux achève de décoller le placenta et les membranes qui sont très adhérentes.

Pas de tamponnement de l'utérus.

Suture de l'utérus au catgut n° 3.

Suture de la paroi abdominale aux agrafes de Michel.

Enfant. — Garçon du poids de 3140 grammes. Né étonné, ranimé difficilement. Diamètre bi-pariétal de 9 cm. 5.

16 janvier. — *Suites opératoires.* — Température 38 degrés, pouls à 120. Hoquet non persistant. Langue sèche, quelques douleurs abdominales.

Sérum de Roux. Sérum artificiel.

17 janvier. — Température 38 degrés, pouls à 96. La malade respire difficilement. Ventouses.

18 janvier. — Température 38°8. Pouls à 120. Miction spontanée. Pas de gaz. Pas de douleurs abdominales. Respiration gênée.

19 janvier. — Température 38 degrés, pouls à 100. Nuit calme. Respiration plus facile. Émission de gaz.

La femme présente ensuite de nombreux abcès du sein, puis dans le milieu du mois de mars, des symptômes de congestion pulmonaire.

L'enfant, qui ne peut être nourri au sein maternel, meurt le 12 février, vingt-neuf jours après l'accouchement.

Indication opératoire. — Bassin limite. Faux promontoire. Tête fœtale ossifiée, débordant la symphyse.

RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS

Le résumé des 21 cas d'opération césarienne qui font l'objet de notre thèse, portera particulièrement sur les points suivants :

1° Indications opératoires ;

1° Suites opératoires ;

3° Résultats maternels ;

4° Résultats pour les enfants.

Nous laissons de côté le manuel opératoire suivi, que nous avons exposé en détail, et qui n'a présenté au cours des interventions que de minimes variations.

I. — Indications

L'opération césarienne a été pratiquée dix fois sur les multipares et onze fois sur des primipares.

Les indications opératoires se divisent ainsi :

1° Seize opérations pour bassins rachitiques, se compliquant, dans 3 cas, d'excès de volume diagnostiqué du fœtus et deux fois d'insertion basse du placenta ;

2° Une opération pour bassin oblique ovalaire ;

3° Une opération pour bassin coxalgique ;

4° Une opération pour présentation de la face ;

5° Deux opérations pour excès de volume et souffrance du fœtus.

En outre, dans quatre interventions, la mère avait nettement déclaré vouloir un enfant vivant.

La césarienne abdominale conservatrice a été pratiquée vingt fois, et l'opération de Porro, une fois.

Un seul cas de césarienne itérative, opérée pour la deuxième fois, sans stérilisation de la femme.

Dans 14 cas, la poche des eaux était rompue prématurément.

II. — Suites opératoires

Les couches furent complètement afébriles dans 11 cas (Obs. n° II, III, IV, V, VI, X, XI, XII, XV, XVI et XVIII.

La température ne dépassa pas 39° dans les 7 cas suivants (obs. n° I, VIII, XIII, XIV, XIX, XX et XXI). Enfin la fièvre atteignit 39 degrés dans les observations VII et IX.

La première miction eut lieu spontanément dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, dans 16 cas ; dans les quarants-huit heures qui suivirent, dans les 5 autres cas.

Les suites opératoires se compliquèrent :

De légère réaction abdominale, avec vomissements, dans 7 cas (obs. I, VI, VII, IX, XI, XIII et XXI) :

Une fois de phlegmatia alba dolens double (obs. XVIII) avec embolie pulmonaire.

Une fois de pyélonéphrite des suites de couches (obs. VII);

Une fois de délire, avec agitation persistante, subictère (obs. IX) ;

Une fois d'abcès de la paroi abdominale (obs. VI).

Les crins ou agrafes de Michel ont, en général, été enlevés le huitième jour. Dans 2 cas il y eut une légère réaction de la paroi abdominale, et une seule fois abcès.

III. — Résultats pour les mères

Les résultats immédiats ont toujours été excellents. Les mères ont quitté la maternité en très bon état, vingt et un jours en moyenne après l'intervention, sauf dans 3 observations (VI, XVIII et XXI) (phlébite double et abcès de la paroi abdominale, abcès du sein).

IV. — Résultats pour les enfants

Dix-neuf enfants ont quitté la maternité en très bon état. Deux sont morts, un vingt-neuf jours après

l'accouchement, n'ayant pu être nourri au sein (nombreux abcès des deux seins de la mère), l'autre le deuxième jour (obs. n° XIII).

Dans 16 cas, les enfants étaient à terme ou très près du terme, poids variant de 2.960 grammes à 5.030 grammes (obs. I, II, IV, V, VI, VIII, IX, XI, XII, XIV, XV, XVII, XVIII, XIX, XX et XXI).

Dans 4 cas, les enfants étaient d'un poids inférieur à la normale, oscillant entre 2.700 et 2.930 grammes (obs. III, VII, XIII et XVI).

Une observation incomplètement prise ne mentionne pas le poids de l'enfant.

COMPLICATIONS DE L'OPÉRATION CÉRARIENNE

Les complications de la césarienne conservatrice pouvant être divisées en complications opératoires survenant avant le lever de l'accouchée, c'est-à-dire, avant le vingtième jour en moyenne, et les suites tardives qui sont surtout intéressantes au point de vue grossesses ultérieures.

1° Les complications pouvant survenir avant le vingtième jour sont les suivantes :

Les hémorragies secondaires, la suppuration de la plaie obdominale, les accidents péritonéo-intestinaux, et l'infection intra-utérine.

L'hémorragie secondaire, consécutive à l'opération césarienne, peut survenir quelques heures ou quelques jours après l'intervention.

C'est une hémorragie intra-péritonéale provenant de la portion de plaie utérine bâillant entre deux sutures. C'est là une complication des plus rares. Cependant dans un cas de Léopold, cette hémorragie s'est terminée fatalement. Le diagnostic est difficile à faire avec celui de shock opératoire. Les symptômes d'hémorragie interne peuvent mettre sur la voie. Le diagnostic fait, le traitement consiste à

ouvrir le ventre, à nettoyer le péritoine, et à placer de nouvelles sutures sur l'utérus. Il peut même être indiqué d'amputer l'utérus.

La suppuration de la plaie abdominale ne présente pas, en général, un caractère de gravité. Quelquefois, vers le cinquième ou sixième jour, il se produit un mouvement fébrile sans réaction péritonéale. Localement, on trouve la plaie rouge, gonflée, douloureuse, le trajet d'un ou plusieurs fils suppure.

L'enlèvement de ces fils permet au pus de s'écouler librement au dehors, et les accidents disparaissent. Dans quelques cas on a pu voir se produire un véritable phlegmon de la paroi abdominale.

Les accidents péritonéo-intestinaux sont certainement les complications les plus graves qui puissent survenir ; on peut les diviser en deux groupes : les péritonites et les iléus paralytiques.

Infection péritonéale. — La péritonite est due soit à une infection du péritoine par faute opératoire, soit à ce qu'il y avait début d'infection au moment de l'intervention. Cette complication est particulièrement grave et fréquente chez les femmes ayant un œuf ouvert depuis longtemps, ce qui est, comme nous l'avons vu, en certains cas, une contre indication de césarienne.

Les symptômes péritonéaux sont précoces, fièvre, météorisme des anses abdominales, vomissements, facies péritonéal. Ce sont là, symptômes communs à toute péritonite aiguë.

La péritonite généralisée est a peu près fatalement mortelle, si l'on s'en tient aux moyens médicaux classiques.

Les injections intra-utérines, peuvent dans certains cas combattre le point de départ de l'infection, c'est là un moyen insuffisant.

Il faut de toute nécessité, devant les phénomènes péritonéaux nettement diagnostiqués, combattre directement la péritonite puerpérale elle-même, et pour cela il n'y a qu'un moyen efficace, le lavage et la toilette du péritoine et le drainage de la cavité abdominale.

Mais dans quelques cas même il semble que cette intervention soit insuffisante, il faut alors pratiquer l'amputation de l'utérus. Ce moyen *in extremis* a quelquefois donné de d'excellents résultats. Olshausen a pratiqué avec succès l'ablation de l'utérus d'une femme déjà atteinte de péritonite.

Iléus paralytique. — Dans certains cas, bien étudiés récemment par M. Sauvage, dans une communication à la Société d'Obstétrique, une infection péritonéale d'intensité très moyenne, se complique de troubles intestinaux, de paralysie intestinale.

Ces péritonites s'accompagnent d'une véritable contracture de l'intestin. Contracture localisée du côlon chez une opérée de M. le professeur Bar, telle que le calibre de l'intestin ne dépassait pas les dimensions du petit doigt.

M. le professeur Bar estime d'ailleurs que cette

complication, particulièrement grave, ne doit pas être rare à la suite de l'opération césarienne conservatrice.

Dans une communication faite à la Société d'Obstétrique en 1900, M. Rudaux rapporte un fait analogue chez une femme en travail depuis trois jours avec enfant mort, à qui l'on fit une opération de Porro. L'iléus paralytique se compliquait dans ce cas de sphacèle étendu du rectum et d'une portion de l'iléon, dû probablement à la compression prolongée de l'intestin par une partie fœtale très engagée.

M. Sauvage préconise le traitement de ces phénomènes de paralysie intestinale avec péritonite concomitante par l'entérostomie. Dans l'observation rapportée par M. Sauvage, ayant trait, il est vrai, à une césarienne suivie d'opération de Porro, l'anus cæcal pratiqué le quatrième jour après l'intervention, eut un résultat des plus heureux.

Dans cette communication, après avoir écarté toutes les causes d'obstruction, ou d'occlusion intestinale, M. Sauvage conclut que l'entérostomie à l'exclusion de toute autre intervention chirurgicale amène la guérison d'accidents intestinaux très graves et d'une péritonite atténuée.

Élargissant la question, M. Sauvage se demande si des succès analogues ne pourraient être obtenus et si on ne devrait pas étendre le champ d'action actuellement restreint de l'entérostomie dans le traitement des accidents péritonéo-intestinaux graves consécutifs à la section césarienne.

Dans le cas qui a fait l'objet de la communication de M. Sauvage, le résultat de l'entérostomie fut des plus encourageants. Mais il est un point sur lequel l'attention doit être particulièrement attirée, c'est celui du diagnostic précoce de ces péritonites peu marquées, à température ne dépassant pas 38 degrés, compliquées de paralysie intestinale.

Comme l'a fait justement remarquer M. Lepage, c'est cette difficulté du diagnostic qui rend délicate la conduite à tenir.

Dans les observations d'opération césarienne que nous rapportons dans notre thèse nous pouvons noter dans les suites de couches, quelques élévations de température égale ou supérieure à 38 degrés, quelques vomissements, avec émission tardive de gaz et de matières fécales. Et cependant il ne fut jamais question de péritonite. Les observations nos I, IV, IX et XIII sont particulièrement intéressantes à ce sujet.

Les éléments de ce diagnostic nous seront fournis par une étude minutieuse des suites opératoires, en relevant avec précision les anomalies qui suivent l'opération au point de vue de l'émission des gaz, de la date de la première garde-robe, de la nature des vomissements, de la montée de la température et du caractère du pouls.

Il est difficile, en effet, de savoir quand il survient dans les premiers jours qui suivent l'opération césarienne, des complications abdominales, si elles commandent l'intervention. Et même si l'intervention

est décidée, devons-nous donner la préférence à l'amputation de l'utérus ou à l'entérostomie ? Sommes-nous en droit d'affirmer que l'iléus n'est pas d'origine mécanique et que le Porro secondaire ne fera pas disparaître ces accidents paralytiques ?

M. Lepage a rapporté une observation d'une femme chez laquelle la césarienne conservatrice fut suivie d'accidents péritonéaux graves, qui ne furent nullement modifiés par une entérostomie tardive.

En résumé, dans bien des cas, la difficulté de faire un diagnostic précis de la nature de l'iléus (mécanique ou paralytique) ou même d'infection péritonéale commandant l'intervention, doit faire préférer à l'entérostomie l'ablation secondaire de l'utérus ou même l'abstention.

L'infection intra-utérine, dont les symptômes peuvent se manifester également dans les premiers jours après l'opération, relèvera surtout d'une thérapeutique d'attente. On se gardera soigneusement de toute intervention du côté de l'utérus, et surtout de faire des injections intra-utérines, qui ont pu, dans un cas de M. Bar, provoquer une péritonite suraiguë par passage de liquide septique dans le péritoine. Une infection intra-utérine particulièrement sérieuse nécessiterait une laparotomie avec hystérectomie secondaire.

Complications tardives de l'opération césarienne. — Les complications éloignées de l'opération césarienne s'observent surtout lors des grossesses ulté-

rieures. Comment se comportera l'utérus au cours d'une nouvelle gestation ? Cette question, sur laquelle nous serons aussi bref que possible, a donné lieu à des divergences d'opinion assez grandes parmi les accoucheurs.

Pour M. Pinard, Couvelaire, Doléris, Routh, la stérilisation de la femme est nécessaire à la deuxième ou troisième grossesse, les risques devenant plus grands à chaque nouvelle conception.

Ces complications sont régies par deux facteurs principaux :

1° Les adhérences existant soit entre la cicatrice abdominale et la cicatrice utérine, soit entre l'une quelconque de ces cicatrices et les organes voisins ;

2° Le défaut de résistance du muscle utérin, au niveau de la section, pouvant entraîner une rupture utérine.

Ces ruptures de cicatrices d'une césarienne antérieure ne sont pas une rareté bien qu'Olshausen déclare n'avoir observé qu'une rupture utérine après 200 césariennes classiques. En 1910, Dahlman peut rapporter 25 cas, dont 4 personnels, de rupture de cicatrice utérine. Schwartz (1) en relate récemment un autre exemple.

M. Jeannin et Wilhem, dans une récente communication à la Société d'Obstétrique de Paris, rapportent l'observation d'une femme ayant subi antérieu-

---

1. *Rupture de l'utérus gravide après une césarienne antérieure* (*Munch. Med. Wochens*, t. LX, n° 15, 1913, 15 avril).

rement l'opération césarienne, qui, lors d'une nouvelle grossesse, avec application de forceps, fit une rupture de l'utérus, qu'à l'autopsie on trouva siégeant sur la cicatrice de la césarienne antérieure.

L'expérience montre que le temps qui sépare la césarienne d'un accouchement ultérieur a peu d'importance. Une cicatrice peut très bien résister un an après la césarienne et céder plusieurs années plus tard.

Le matériel de suture semble également être sans importance, il n'en est pas de même pour l'infection secondaire, surtout en ce qui concerne les adhérences.

Notons enfin que le pronostic maternel est bon. Sur les 25 cas de Dahlman, 24 femmes purent être sauvées ; grâce d'ailleurs à ce fait que la plupart de ces femmes furent mises en observation à l'hôpital ou dans une clinique pendant les derniers mois de leur grossesse.

Le pronostic pour l'enfant est par contre mauvais, sur les 25 cas la mortalité est de 77.5 o/o.

M. Couvelaire, Audebert, Fruhenzholz, ont également mentionné le danger et la fréquence de ces ruptures utérines.

Néanmoins, les observations de césariennes itératives ne manquent pas dans la littérature obstétricale, et ces risques semblent diminuer de jour en jour.

Mentionnons à ce sujet les satistiques suivantes :

Pinard	(1909)	12 opér. césar. itératives	chez	11 femmes
Bar	(1911)	23 —	—	17 femmes
Pestalozza	(1910)	18 —	—	14 femmes
Léopold	—	16 —	—	11 femmes

Dans ces statistiques, les femmes opérées pour la troisième fois ne sont pas rares, et il n'est pas exceptionnel de rencontrer des opérées subissant la césarienne pour la quatrième ou la cinquième fois. (P. Bar, Charles, Mac Pherson).

Le pronostic lointain de la césarienne ne paraît donc pas aussi sombre que l'ont dépeint certains auteurs. Et si la stérilisation, à la deuxième ou à la troisième opération, conserve en France actuellement de nombreux partisans (MM. Pinard, Couvelaire, Doléris, Lowrieh, Zweifel), d'autres auteurs (MM. Bar, Sinclair, Mac Pherson, Küstner) n'admettent pas la stérilisation sans autre indication que le désir formulé par la femme de ne pas courir les risques d'une grossesse ultérieure.

CONCLUSIONS

1° Du 1er janvier 1908 au 1er juillet 1913, 21 opérations césariennes ont été pratiquées à la maternité de l'hôpital Boucicaut. Sur 21 opérations, 20 ont été conservatrices, une a été suivie d'ablation de l'utérus.

La mortalité maternelle a été nulle ; la morbidité se décompose ainsi : Température supérieure ou égale à 39 degrés ; dans deux observations, n° 7, pyélonéphrite des suites de couches, et n° 9, subictère et délire, légère réaction abdominale ; enfin chez deux de ces femmes des accidents sont survenus quelques mois après. La mortalité fœtale immédiate a été faible, un enfant est mort le deuxième jour, un autre enfant est mort vingt-neuf jours après l'intervention.

2° Les résultats qui confirment de nombreuses statistiques publiées à l'étranger et en France par MM. Paul Bar, Boquel, Pinard et ses élèves, Bonnaire, Ribemont-Dessaignes et Le Lorier, montrent qu'en raison de sa bénignité la terminaison de l'accouchement par la voie haute, peut rendre de grands services chez les femmes ayant un rétrécissement

du bassin et même exceptionnellement chez des femmes ayant d'autres complications (insertion vicieuse du placenta, procidence du cordon, présentation de la face, menace de rupture utérine).

3° Si, dans les observations rapportées dans ce travail, on peut pour quelques cas discuter l'indication opératoire, par contre dans plusieurs cas qui ont été observés dans le même service, dans la même période de temps, il y aurait eu avantage, pour les enfants et pour les mères, à recourir à l'extraction par la voie haute.

4° Ce n'est que par l'étude attentive des suites immédiates et tardives de l'opération césarienne, et par conséquent par des notions exactes sur la gravité de cette opération qu'on arrivera à préciser, d'une manière aussi rigoureuse que peut le permettre un problème clinique, les indications et contre-indications de l'opération césarienne.

Vu : le Président de la thèse,

RIBEMONT-DESSAIGNES

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Audebert. — Discussion sur le drainage après l'opération césarienne (Soc. d'Obst. de Toulouse, 2 février 1909).

— Fistule utéro-pariétale consécutive à l'élimination de fils de soie chez une césarisée (Soc. d'Obst. de Toulouse, 3 mai 1911).

Audebert et Gilles. — Opération césarienne (Soc. d'Obst. de Toulouse, 4 nov. 1910).

Bandl. — Uber Ruptur der Gebœr mutter. Vienne 1875.

Bar, (P.). — De l'opération césarienne (Semaine médicale 2 février 1887.

— Opération césarienne et symphyséotomie (Ann. de la Soc. d'Obst. de France, 1899).

— Technique actuelle de l'opération césarienne classique. Leçon de la clinique Tarnier, le 13 mai 1911.)

Bar, Brindeau et Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements, t. II, Paris, 1907.

Baudelocque. — L'art des accouchements, Paris 1796.

Boda. — Indications de la césarienne conservatrice tardive et de l'opération de Porro. Thèse de Lille, 1910.

Bonnaire. — Vingt opérations césariennes pratiquées à l'hôpital Lariboisière (Presse médicale, 5 octobre 1907, p. 633).

Boissard. — Société Obstétricale de France, 1909.

— Opération césarienne, sutures utérines au catgut, désunion de la paroi, mort au cinquième jour (Soc. d'Obst. Paris, 20 janv. 1911).

Boquel. — De l'accouchement spontané chez les femmes

opérées de césarienne (Soc. d'Obst. de France, 1908. (Ann. de gyn. et d'obst. 1908, p. 735).

Breau. — Contribution à l'étude de l'accouchement dans les bassins retrécis. A quel moment doit-on faire l'opération césarienne ? Thèse de Paris, 1905-1906.

Brindeau. — Des difficultés de l'opération césarienne répétée chez la même femme (Obstétrique, janvier 1909, n° 1, p. 36).

Brodhead. — Rupt. of the uterus through the cesarean cicatrice (Am. J. of Obst., mai 1908).

Bué. — Des dangers de l'emploi du catgut pour la suture utérine dans la césarienne. (Soc d'obst. de France, 1908. — (Ann. de gyn. et d'obst. 1901, p. 734).

Bumm. — Grundriss rum studium der Geburtshulfe. Wiesbaden, 1908.

Burnier (Serge). — L'Opération césarienne. Son histoire, ses procédés, ses indications et ses résultats à la maternité de Lausanne. Thèse de Lausanne, 1912.

Canton. — Vingt-cinq cas d'opération césarienne sans mortalité maternelle (III^e Congrès médical latino-américain. Rio, mars 1907, in Ann. de Gyn. et d'Obst., 1907, p. 542).

Charles. — Cinq césariennes chez une rachitique (Journ. d'acc. de Liége, 1902, n° 5).

Coeq et Masay. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie des ruptures utérines tardives post-césariennes (Rev. mens. de Gyn. et d'Obst., mai 1911, p. 265).

Commandeur. — Réunion obstétricale de Lyon, 16 avril 1908.

Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie. Saint-Pétersbourg, 1910. Rapports sur l'opération césarienne, MM. Bumm, Doederlein, Moranski, Pankow, Pestalozza, Vandervelde, Doléris, Routh.

A. da Costa. — Rapport sur « indications et technique de l'opération césarienne ». XV^e Congrès international de Médecine, XII^e section. Lisbonne, avril 1906.

Couvelaire. — Procidences du cordon et viciations pel-

viennes. Indication de l'opération césarienne (Ann. de Gyn. et d'Obst., janvier 1909).

— Considérations sur la technique de l'opération césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode (Rapport de la Société obstétricale de France, 1909. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1909, p. 657).

— Introduction à la chirurgie utérine abdominale.

Crémieu. — Des résultats de l'opération de Porro à la clinique Baudelocque. Thèse de Paris, 1908.

Curschmann. — Bietet der quere Fundalschnitt bei der Sectio cœsarea gegenüber dem. Laügsschnitt durch die Corpuswand Vorteile. Thèse de Giessen, 1902.

Demelin. — Six opérations césariennes en cas de rétrécissement du bassin (Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris, 15 juin 1908).

Descusses. — Étude sur l'opération césarienne et l'accouchement méthodiquement rapide *post mortem* et pendant l'agonie. Thèse de Paris, 1908.

Desnoues. — Doit-on conserver l'accouchement prématuré provoqué dans le traitement de la dystocie par bassin rétréci. Thèse de Paris, 1910-1911.

Dœderlein. — Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt (Centralblatt für Gynäkologie, 1909).

Doléris. — De l'opération césarienne. Rapport au Congrès de Saint-Pétersbourg, septembre 1910, in la Gynécologie, fév. 1911, p. 81.

Essen Mœller. — Six opérations césariennes avec remarque sur la place relative de l'opération de Sœnger et de celle de Porro (Zentralbl. für. Gyn., 1903, n° 39).

Ekstein (E.). — Die erste Spontanruptur des Graviden uterus im Bereiche der Alter Kaiserschnittnarbe nach querem Fundalschnitt nach Fritsch (Zentralblatt für Gyn., 1904, n° 44, p. 1302).

Fahe. — Société de Lyon, 1906.

Farabeuf. — Dystocie du détroit supérieur (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir., juin 1894).

Fasslender. — Geschichte der Geburtshülfe. Iéna, 1906.

Fournier. — Remarques sur trente-deux opérations césariennes (Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 16 avril 1908).

Flesch. — Drei Fälle von Kaiserschnitt, mit kritischen Bemerkungen über dem Wert der tubaren Sterilisation (Zeitschrift. f. Geb., 1910, vol. LXVI).

Frank. — Cervicaler Kaiserschnitt nach Latzko (Centralblatt. f. Gyn., 1909).

Freund. — Vollig extraperitoneale Kaiserschnitte (Centralblatt. f. Gyn., 1909).

Garipuy. — L'opération césarienne itérative (Presse médicale, 21 juillet 1909, n° 58, p. 513).

Garnier. — Quelques considérations sur quatre cas de césarienne conservatrice à la Maternité de Vaucluse. Thèse de Montpellier, 1910.

Gabory. — Procidence du cordon. Thérapeutique. Opération césarienne. Thèse de Paris, 1909-1910.

Gerbond. — Des différentes incisions utérines pendant l'opération césarienne précoce depuis 1881. Thèse de Paris, 1899.

Gilles. — Rupture utérine au cours d'une opération césarienne (Soc. d'Obst. de Toulouse, 4 novembre 1910, 3 mars 1911).

Gottschalk. — Section cœsarea aus relativer Indikation. Thèse Greifswald, 1902.

Hannes. — Die Therapie bei engem Becken und ihre Wandlungen (Zeitschrift. f. Geb. 1908, vol. LXII).

Hennigsen. — Zur Statistick des Kaiserschnittes. Thèse Kiel, 1901.

Henkel. — Zur Kaiserschnittfrage (Zeitschrift f. Geb. 1910, vol. LXVI.

Hergott (A.). — Quelques considérations sur les sutures dans l'opération césarienne.

Jeannin (Cyrille). Comment convient-il de poser actuellement les indications de l'opération césarienne conservatrice (Progrès médical, 17 décembre 1910, n° 51).

Jeannin (C.). — Technique de la césarienne abdominale (Presse médicale, août 1913).

Jœrissen. — Ueber die Leutigen Indikationen für den Kaiserscnitt. Thèse Bonn, 1901.

Kehrer. — Historisches und Kütisches über den Kaiserschnitt (Hegar's Beitrage, 1909).

Kerschner. — Casuistiches zur sectio cœsarea. Thèse de Bâle, 1909.

Kilian. — Operative Geburtshülfe. Bonn, 1849.

Kouwer (B.-J.). — La Section césarienne classique et la section extra-péritonéale supra-symphysaire (Obstétrique, janvier 1911, p. 24).

Kustner. — Kaiserschnitt Rückblicke und Ausblicke (Zeits. f. Geb., 1908).

Laugier. — Quelques considérations sur l'opération césarienne. Thèse de Montpellier 1908.

Leopold. — Kaiserschnitt mit Uterusnaht nach Saenger (Centralblatt für Gyn., 1882).

Leopold und Haake. — Ueber 100 sectiones cœsarea (Arch. fur Gyn., t. LVI, p. 1).

Le Lorier. — Dix-neuf observations de césarienne tardive (l'Obstétrique, année 1911).

Lepage. — Opération césarienne tardive pour procubitus du cordon chez une primipare âgée (Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris, 14 juin 1909).

— Opération césarienne conservatrice chez une femme à terme. Désunion de la paroi (Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris, 15 oct. 1906).

— Fistule utérine après césarienne chez une femme ayant un bassin oblique ovalaire. Nouvelle grossesse. Césarienne suivie d'hystérectomie (Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris, 12 déc. 1910).

— Un cas d'opération césarienne pour excès de volume du fœtus (Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris, 13 mars 1911).

Marioton. — De l'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne classique conservatrice. Thèse de Paris, 1911.

Mathes. — Extra peritonealer oder transperitonealer Kaiserschnitt (Centralblatt f. Gyn., 1909).

Mouzels. — De l'éviscération spontanée après l'opération césarienne. Thèse de Toulouse, 1910.

Mouchoite. — Remarques concernant une série de 14 opérations césariennes conservatrices (Ann. de Gyn. et d'Obst., 1908, p. 665).

Muller (P.). — Ueber den Fundalschnitt bei der Sectio cœsarea (Centralblatt f. Gyn., 1898).

Neumann. — Die Sectio cœsarea an der Klinik Schauta (Arch. f. Gyn., 79).

Neveu. — Procidence du cordon et opération césarienne. Thèse de Paris, 1909.

Naville. — Des fistules utéro-pariétales consécutives à une opération césarienne. Thèse de Toulouse, mai 1911.

Olshausen. — De l'opération césarienne et de ses indications dans les rétrécissements pelviens (Ann. de Gyn. et d'Obst., nov. 1897).

— Zur Lehre von Kaïserschnitt (Centralb. für Gyn., 6 janvier 1906, n° 1, p. 1).

— Zur Kaiserschnittsfrage (Centralblatt f. Gyn., 1909).

Oui. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris, 10 février 1908.

Panel (J.-M.). — L'Opération césarienne conservatrice : revue critique des méthodes nouvelles. Thèse de Montpellier, janvier 1911.

Paukow. — Kaiserschnitt oder Beckenspaltung (Zeitschrift f. Geb., 1910, vol. LXVII).

Paucot. — La Désunion de la plaie utérine dans la césarienne conservatrice. Emploi de la suture en double cercle (Réunion obst. de Lille, 28 décembre 1910).

Pestalozza. — Il taglio Cesareo. Rapport au Congrès de Saint-Pétersbourg, 1910 (Annali di Obstetricia e Ginecologia).

Pflanz. — Ueber den an derselben Fran Wiederholten Klassichen Kaiserschnitt. Straszburger Disert.

Pinard. — Congrès de Rome, 1894.

— Congrès d'Amsterdam. 1899. Rapport sur les indications de l'opération césarienne considérées en rapport avec celles de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel.

— Discussion des rapports sur l'opération césarienne (Soc. obst. de France, 1909).

— Thérapeutique de la dystocie par viciation pelvienne (Ann. de Gyn et d'Obst., sept. 1907, p. 513).

— De l'obstétrique opératoire dans la dystocie par viciation pelvienne (Leçon clinique, novembre 1908, in Ann. de Gyn. et d'Obst., novembre 1908, p. 641).

— Fonctionnement de la clinique Baudelocque publié par MM. Lepage et Mouchotte.

Miles F. Porter. — Section césarienne abdominale et césarienne vaginale, leurs comparaisons, leurs contrastes (Ann. J. of Obst., janvier 1910).

Potocki. — De l'opération césarienne (Ann. de Gyn., mars, avril, mai, juin 1886).

— L'Opération césarienne moderne (Ann. de Gyn., décembre 1889, p. 428, février-mars 1890).

Potocki. — Procidence du cordon et opération césarienne (Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd., 8 février 1909).

Rapin. — Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande, 1895.

Rossier. — L'Eclampsie (Paris médical, 1911).

— Séance de la Société Vaudoise de médecine (Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande, 1911).

Routh. — Cœsarean section and its alternatives (The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., février 1911. p. 235).

— On cœsarean section in the United kingdom (The Journ. of Obst. and Gyn, of the Brit. Emp. janv. 1911).

Rudaux. — Comptes rendus de la Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris, 1900, p. 23.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'Obstétrique.

Rivière et Drouin. — Sur un cas d'opération césarienne conservatrice (Gaz. hebd. de Soc. méd. de Bordeaux, 1910).

Rivière et Loubat. — Sur un cas d'opération césarienne conservatrice. Hémostase primitive par l'adrénaline. Remarque sur l'emploi du catgut dans la suture de l'utérus Sacrum à 6 pièces (Gaz. heb. de Soc. méd. de Bordeaux, 1909).

Sænger. — Zur. Rehabilitirung des Klassichen Kaiserchnittes (Arch. f. Gyn. 19).

— Ueber die Verbesserungs fæhigteit des Klassichen Kaiserschnittes (Arch. f. Gyn. 20).

— Neue. Beitræge zur. Kaiserschnittsfrage (Arch. f. Gyn. 26).

— Zur Vereinfachung der Tecknik des Kaiserschnittes (Arch. f. Gyn. 28).

Sauvage. — De l'entérostomie dans le traitement des accidents graves consécutifs à la section césarienne (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. janvier 1913, p. 15).

Schauta. — Ein Wort für den Klassichen Kaiserschnitt (Centralblatt f. gyn., 1910).

Schroeder (H.). — Contribution à l'opération césarienne (Monatschrift für geb. und gyn., janv. et février 1901).

Segond. — Des sutures dans l'opération césarienne (Soc. d'Obst. et de Gyn. et de Péd. de Paris, 15 juin 1908).

Singer. — Des cicatrices césariennes abdominales classiques. Thèse de Paris, juillet 1909.

Tarnier, Chantreuil et Budin. — Traité de l'art des accouchements, t. IV. Paris, 1901.

Thomas. — Zur Indicationsstellung und Tecknik des Kaiserschnittes. Thèse de Breslau, 1902.

Uthmöller. — Versuch eines exhapentonealen Kaiserschnittes nach Sellheim (Centralblatt. f. gyn., 1908).

Wilson. — Report of a case of cæsarean section Gulf. Staks. (J. M. et S. Mobile, 1910).

Wyder. — Vier. Kaiserschnitte aus seltener Indikation (Arch. f. Gyn., 82, 1907).

Zacharias. — Section cœsarea conservativa in der Schwangerschaft, etc. (Arch. f. Gyn., 72).

TABLEAU SYNOPTIQUE DES OBSERVATIONS

OBSERVATIONS	N° DU REGISTRE ANNÉES	AGE ET PARITÉ ACCOUCHEMENT ANTÉR.	INDICATIONS OPÉRATOIRES
1	N° 942 de 1908	30 ans. V-pare. Enfants morts. 4 accouchements prématurés. 1 basiotripsi.	Bassin retréci. Angle sacro-vertébr accessible. Enfants morts aux pr cédents accouchements.
2	N° 1057 de 1908	23 ans. I-pare.	Bassin annelé. Angle accessible.
3	N° 1100 de 1908	III-pare. Enfants morts. Application de forceps.	Bassin asymétrique. Angle accessibl
4	N° 87 de 1909	30 ans I-pare.	Bassin rachitique. Angle accessibl Fibrome.
5	N° 389 de 1909	35 ans. I-pare.	Souffrance du fœtus. Forceps sa résultat. Primipare âgée.
6	N° 936 de 1909	24 ans. II-pare. Enfant mort. Travail très long.	Bassin retréci. Angle accessibl Désir de la mère d'avoir un enfa vivant.
7	N° 971 de 1909	36 ans. I-pare.	Bassin canaliculé. Primipare âgée
8	N° 1000 de 1909	20 ans. I-pare.	Bassin rachitique. Angle accessib
9	N° 165 de 1910	22 ans. I-pare.	Bassin retréci. Sacrum plat. Enfa volumineux.
10	N° 713 de 1910		Bassin oblique ovalaire. Opérati de Porro, ayant fait l'objet d'u communication à la " Société d'Ob tétrique ".
11	N° 144 de 1911	22 ans. I-pare.	Bassin retréci. Angle accessible.
12	N° 177 de 1911	32 ans. IV-pare. Enfants morts. 1 prématuré. 2 applications de forceps.	Excès de volume du fœtus.
13	N° 914 de 1911	35 ans. II-pare. Accouchement à terme. Enfant vivant.	Présentation de la face. Menace de rupture utérine.
14	N° 1163 de 1911	32 ans. II-pare. Enfant mort. Application de forceps.	Bassin coxalgique. Angle accessibl
15	N° 134 de 1912	30 ans. II-pare. Enfant mort. Siège.	Bassin retréci. Cicatrice ancien du col. Insertion basse du pl centa.
16	N° 323 de 1912	I-pare.	Bassin rachitique. Angle accessib
17	N° 913 de 1912	II-pare. 31 ans. Opération césarienne. Enfant vivant.	Bassin généralement retréci. Césarienne itérative.
18	N° 1262 de 1912	30 ans. II-pare. Application de forceps. Enfant mort.	Bassin retréci. Faux promontoi sacré. Sacrum plat. Placenta pr via.
19	N° 1302 de 1912	III-pare. 35 ans. 1 accouchement prématuré. Enfant vivant. 1 basiotripsi.	Bassin retréci. Présentation de l'épaule.
20	N° 53 de 1913	25 ans. I-pare.	Bassin rachitique.
21	N° 60 de 1913	25 ans. I-pare.	Bassin limité. Faux promontoire a cessible. Insertion basse du pl centa.

DE LA POCHE DES EAUX	ENFANT				RÉSULTAT POUR LA MÈRE
	SEXE	POIDS	DIAMÈTRE BI-PARIÉT.	ÉTAT A LA SORTIE	
ıpue depuis 3 h. 1/2	M.	3.780	10,5	Vivant	Guérie
ıpue depuis 36 heures	F.	3.000	9,5	Vivant	Guérie
ıpue depuis 9 heures	M.	2.930	8,8	Vivant	Guérie
Intacte	M.	3.400	9	Vivant	Guérie
ıpue depuis 8 heures	M.	3.500	8,5	Vivant	Guérie
ıpue depuis 6 heures	F.	3.000	?	Vivant	Guérie
Rompue (?)	F.	2.700	?	Vivant	Guérie
Intacte	M.	3.850	10	Vivant	Guérie
ıpue depuis 1 heure	F.	4.060	9,6	Vivant	Guérie
					Guérie
ıpue depuis 8 heures	M.	3.450	9,5	Vivant	Guérie
ıpue depuis 3 heures	M.	5.030	9,8	Vivant	Guérie
mpue depuis 1 h. 1/2	M.	2.760	9	Mort le 2e jour	Guérie
mpue depuis 1 h. 1/4	F.	3.850	9	Vivant	Guérie
Intacte	M.	3.700	10,3	Vivant	Guérie
Intacte	F.	2.850	9,5	Vivant	Guérie
(?)	F.	3.250	9,2	Vivant	Guérie
Intacte	M.	3.140	9,5	Vivant	Guérie
ıpue depuis 3 heures	M.	3.730	9,2	Vivant	Guérie
Intacte	M.	3.140	8,8	Vivant	Guérie
Rompue depuis peu de temps	M.	3.140	9,5	Mort 29 jours après	Guérie

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2311-13